



Instituto Politécnico
de Viana do Castelo

A Solidão nos Idosos numa comunidade rural

- Implicações para uma velhice bem-sucedida

Joana Emanuela Araújo Fernandes

Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo



Instituto Politécnico
de Viana do Castelo

Joana Emanuela Araújo Fernandes

A Solidão nos Idosos numa comunidade rural

- Implicações para uma velhice bem-sucedida

I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Manuela Cerqueira (Orientadora)
Mestre Cândida Cracel (Coorientadora)

Novembro de 2012

“Há uma idade na vida
em que os anos passam demasiado depressa
e os dias são uma eternidade”.

Virginia Wolf

AGRADECIMENTOS

Um agradecimento muito especial:

- Às minhas orientadoras, Professora Doutora Manuela Cerqueira e à coorientadora Mestre Cândida Cracel pelas suas orientações, sem as quais esta caminhada jamais teria sido concluída e pela disponibilidade e carinho que sempre demonstraram.
- À D. Adelaide, pela disponibilidade demonstrada durante toda a fase de colheita dos dados, pela confiança depositada em mim, pelo encorajamento e pelos miminhos com que me foi presenteando.
- À Junta de freguesia de Monção, na pessoa do Sr. Rodrigo, pela disponibilidade e empenho demonstrado para que esta investigação fosse possível.
- A todos os idosos, pela forma calorosa com que me receberam nas suas casas e por partilharem as suas vivências e sentimentos.
- À minha mãe, porque é simplesmente a melhor pessoa do mundo, pela força de viver que sempre demonstrou e pela luta que travou para que eu hoje fosse Enfermeira. É simplesmente a melhor mãe do mundo.
- À minha irmã, pela paciência que tem comigo e pelo carinho que sempre me demonstrou.
- Ao Edgar, porque sempre me incentivou a ir em frente, porque soube respeitar as minhas ausências, porque sempre me deu amor e carinho.
- À minha avó... porque sei que continua a olhar por mim.

RESUMO

A solidão, enquanto fenómeno psicossocial tem implicações na velhice. Este tempo constitui-se de grandes mudanças a nível da dimensão biológica, psicológica, social e comunicacional. Para uma velhice bem-sucedida exige-se uma capacidade para enfrentar situações stressantes apesar de existir por vezes incapacidades e doença.

Assim, para este estudo colocou-se a seguinte questão de investigação: Que implicações tem a solidão nos idosos para potencializar uma velhice bem-sucedida? Com o objetivo de perceber as implicações da solidão nos idosos para potencializar uma velhice bem-sucedida e assim contribuir para uma prática clínica mais humana em saúde comunitária, minimizando os efeitos da solidão e potencializando uma velhice bem-sucedida.

A opção metodológica centrou-se numa abordagem qualitativa, a escolha do tipo de estudo recaiu no estudo de caso, numa comunidade rural do Alto Minho. Para a realização deste estudo, foi utilizada a entrevista semi-estruturada a idosos. Os dados foram submetidos a análise de conteúdo segundo Bardin.

Principais Achados

O idoso da comunidade rural do Alto Minho não se considera velho enquanto mantém a capacidade de decisão e de autonomia. O aparecimento da idade, a perda de capacidades e a degradação física e intelectual são apontados pela maioria dos idosos como os principais aspetos do envelhecimento. A reforma é um marco na vida das pessoas significando aumento dos tempos livres, mas potenciadora de solidão, na medida em que há uma alteração nas rotinas diárias e uma perda de contatos. Consideram que a viuvez acarreta falta de amor, falta de companhia o que lhes causa por vezes um estado de depressão.

O acompanhamento na saúde e o vínculo afetivo é salientado como fundamental para uma velhice bem-sucedida. Já a falta de comunicação com os familiares provoca tristeza ao idoso e um sentimento de solidão.

A prática religiosa intensifica-se no fim da vida, tornando-se numa atividade de extrema importância e por vezes a única atividade recreativa do idoso. Manter a atividade intelectual, ter saúde e manter o estado de alegria faz parte do projeto de vida dos idosos, na medida em que lhes promove um sentimento de bem-estar.

Palavras-chave: solidão, idoso, meio rural, velhice bem-sucedida.

ABSTRACT

Loneliness, while psychosocial phenomenon has implications for old age. This time constitute of major changes at level of the biological, psychological, social and communicational. For a successful aging demands an ability to confront stressfull situations although there exist sometimes disability and disease.

For this study was placed the following research question: what implications does the loneliness in the elderly to potentiate a successful aging? With the aim to understand the implications of loneliness in the elderly to potentiate a successful aging and thus contribute to a more human clinical practice in community health, minimizing the effects of loneliness and potentiating a successful aging.

The methodology focused on a qualitative approach, the choice of study in relapsed case study in a rural community in Alto Minho. To realize this study, was used a semi-structured interview the elderly. The data were submitted to content analysis Bardin.

Main findings

The elderly rural community of Alto Minho is not considered old while maintaining the capacity and autonomy of decision. The appearance of age, loss of skills and physical and intellectual degradation are appointed by the majority of elderly as major aspects of ageing. Retirement is a milestone in people's lives mean increase of free time, but potentiating loneliness, to the extent that there is a change in daily routines and loss of contacts. Consider that widowhood causes lack of love and companionship which causes them sometimes a stat of depression.

Monitoring the health and bonding is emphasized as fundamental to successful aging. Have a lack of communication with the elderly relatives causes sadness and a feeling of loneliness. Religious practice is intensified in the end of life, becoming a very important activity and sometimes the only recreational activity for the elderly. Maintain intellectual activity, have health and maintain the state of joy is part of the project life of the elderly, to the extent that they promote a feeling of well-being.

Keywords: loneliness, elderly, rural, successful aging.

LISTA DE SIGAS E ABREVIATURAS

a.C- antes de cristo;

ADN- Ácido Desoxirribonucleico;

CE- Comissão Europeia;

EPRAMI- Escola Profissional do Alto Minho Interior;

ICN- Internacional Council of Nurses;

INE- Instituto Nacional de Estatística;

IPSS- Instituições Particulares de Solidariedade Social;

ISF- Índice Sintético de Fecundidade;

KM- Quilómetro;

NUTS - Nomenclatura das unidades territoriais estatísticas de Portugal;

OPSS- Observatório Português dos Sistemas de Saúde;

OE- Ordem dos Enfermeiros;

OMS- Organização Mundial de Saúde;

SCMM- Santa Casa da Misericórdia de Monção;

SPA- Sanitas Per Aquas;

UE- União Europeia;

ULSAM – Unidade Local de Saúde do Alto Minho;

VS- Versus;

WHO- World Health Organization.

INDICE	PÁG.
INTRODUÇÃO	11
I PARTE – A PESSOA IDOSA EM PORTUGAL	15
CAPÍTULO I – ENVELHECER NUMA COMUNIDADE RURAL	16
1. O ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO	18
2. EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE ENVELHECIMENTO	23
3. TEORIAS DO ENVELHECIMENTO	25
3.1. Teorias gerais do envelhecimento biológico	25
3.2. Teorias do envelhecimento psicossocial	27
4. ALTERAÇÃO BIO-PSICO-SOCIAIS E CULTURAIS DO ENVELHECIMENTO	29
5. O IDOSO EM CONTEXTO RURAL E A SUA FAMÍLIA	32
CAPÍTULO II – A SOLIDÃO DO IDOSO – UM RESULTADO DAS MUDANÇAS SOCIAIS	36
1. A SOLIDÃO NO IDOSO – UM SENTIR INDIVIDUAL	38
2. FATORES QUE PROVOCAM A SOLIDÃO NOS IDOSOS	40
3. O BEM-ESTAR SUBJETIVO DO IDOSO	43
CAPÍTULO III- O CUIDAR DO IDOSO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	45
1. PARA UM ENVELHECER BEM SUCEDIDO - O CUIDAR É FUNDAMENTAL	47
2. O ENVELHECIMENTO – UMA PREOCUPAÇÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE	49
3. O PAPEL DO ENFERMEIRO DE SAÚDE COMUNITÁRIA – PARA UMA PARTICIPAÇÃO EFETIVA DO IDOSO NA SOCIEDADE	52
II PARTE - DA PROBLEMÁTICA À METODOLOGIA	54
1. PROBLEMÁTICA E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO	55

2. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	58
2.1. Terreno de pesquisa	58
2.2. Instrumento de recolha de dados	59
2.3. Sujeitos do estudo – caraterização	60
3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	64
4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	65
4.1. Perceção do idoso acerca da sua velhice	69
4.2. Significado de envelhecimento na voz do idoso	71
4.3. Alterações ocorridas na vivência diária após o envelhecimento	76
4.4. Influencia das relações/comunicação dos familiares no bem-estar do idoso	79
4.5. Conceito de solidão na perspetiva do idoso numa comunidade rural	80
4.6. Motivos que conduzem o idoso ao sentimento de solidão	84
4.7. Impacto da solidão na pessoa idosa	86
4.8. Estratégias utilizadas pelo idoso no minimizar o sentimento de solidão	86
4.9. Necessidades do idoso para minimizar o sentimento de solidão	91
4.10. Alterações no idoso que originam o sentimento de solidão	93
4.11. Projeto pessoal do idoso perante a solidão	94
4.12. Sugestões apontadas pelo idoso	96
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	99
6. CONCLUSÕES E SUGESTÕES DO ESTUDO	107
BIBLIOGRAFIA	109
ANEXOS	115
APÊNDICES	116

INDICE DE GRÁFICOS

	PÁG.
Gráfico nº 1 – Pirâmide Etária da União Europeia em 2010 e projeção para 2060	19
Gráfico nº 2 – Distribuição da população por grupos etários, na União Europeia, de 1990 a 2060 (projeções)	20
Gráfico nº 3 – Proporção da população por grandes grupos etários em 1960 e 2011	21
Gráfico nº 4 - Distribuição dos participantes do estudo quanto à faixa etária	61
Gráfico nº 5- Distribuição dos participantes do estudo quanto ao sexo	62
Gráfico nº 6 – Distribuição dos participantes do estudo quanto ao estado civil	63

INDICE DE QUADROS

	PÁG.
Quadro nº1- Temas, categorias e subcategorias emergentes das entrevistas realizadas	66
Quadro nº 2- Percepção do idoso acerca da sua velhice	70
Quadro nº 3- Significado de envelhecimento na voz do idoso	73
Quadro nº 4- Alterações ocorridas na vivência diária após o envelhecimento	77
Quadro nº 5- Influencia das relações/comunicação dos familiares no bem-estar do idoso	79
Quadro nº 6- Conceito de solidão na perspetiva do idoso numa comunidade rural	81
Quadro nº 7- Motivos que conduzem o idoso ao sentimento de solidão	84
Quadro nº 8- Estratégias utilizadas pelo idoso no minimizar o sentimento de solidão	88
Quadro nº 9- Necessidades do idoso para minimizar o sentimento de solidão	91
Quadro nº10- Alterações no idoso que originam o sentimento de solidão	94
Quadro nº11- Projeto pessoal do idoso perante a solidão	95
Quadro nº12- Sugestões apontadas pelo idoso	97

INDICE DE TABELAS

	PÁG.
Tabela nº 1 – Distribuição dos participantes do estudo quanto à faixa etária	61
Tabela nº 2 – Distribuição dos participantes do estudo quanto ao sexo	62
Tabela nº 3 – Distribuição dos participantes do estudo quanto ao estado civil	62
Tabela nº 4 - Percepção do idoso acerca da sua velhice	71
Tabela nº 5- Significado de envelhecimento na voz do idoso	75
Tabela nº 6 - Alterações ocorridas na vivência diária após o envelhecimento	78
Tabela nº 7- Influencia das relações/comunicação dos familiares no bem-estar do idoso	80
Tabela nº 8- Conceito de solidão na perspectiva do idoso numa comunidade rural	83
Tabela nº 9 -Motivos que conduzem o idoso ao sentimento de solidão	85
Tabela nº10- Impacto da solidão na pessoa idosa	86
Tabela nº11- Estratégias utilizadas pelo idoso no minimizar o sentimento de solidão	90
Tabela nº12- Necessidades do idoso para minimizar o sentimento de solidão	93
Tabela nº13 - Alterações no idoso que originam o sentimento de solidão	94
Tabela nº14- Projeto pessoal do idoso perante a solidão	96
Tabela nº15- Sugestões apontadas pelo idoso	98

INTRODUÇÃO

Nos países da União Europeia¹ e, particularmente em Portugal, verifica-se um crescente envelhecimento da população, o que provoca, inevitavelmente, profundas alterações pessoais, familiares, sociais, económicas e de saúde.

O envelhecimento populacional está associado a uma diminuição da fecundidade e ao aumento da esperança média de vida, resultantes das alterações socioeconómicas da população e do desenvolvimento dos cuidados de saúde verificados nos últimos anos (Eurostat, 2011; Instituto Nacional de Estatística (INE), 2012).

Na União Europeia, o equilíbrio entre as pessoas jovens e as pessoas idosas alterou-se profundamente. Entre 1960 e 2009, a esperança de vida à nascença² aumentou 9,7 anos, prevendo-se que uma menina nascida em 2009 possa viver, em média, até aos 82,6 anos e um menino até aos 76,7 anos. Quanto ao índice sintético de fecundidade (ISF)³, apesar de em 2002 se verificar um ligeiro aumento, o valor de 1,59 criança por cada mulher em idade fértil verificado em 2010, ainda é insuficiente para garantir o nível de substituição de gerações, sendo este de 2,1 filhos por cada mulher. A conjugação destes fatores alterou a constituição etária da população da União Europeia, verificando-se que em 2010, à semelhança das décadas anteriores, a proporção de jovens (pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos) diminuiu e a de idosos (pessoas com 65 e mais anos) aumentou, sendo respetivamente de 15,6% e de 17,4% o que, naturalmente, se reflete no índice de envelhecimento⁴, existindo 111,7 idosos por cada 100 jovens (Comissão Europeia, 2012; Eurostat, n. d.; Pordata, n. d.)⁵.

Em Portugal, embora o envelhecimento populacional tenha acontecido mais tardiamente, a sua evolução foi mais rápida que a verificada na União Europeia, sendo, em 2010, o quinto país com maior percentagem de idosos constituindo 17,9% da população total (Comissão Europeia, 2012; Eurostat, n.d.). Em quarenta e um anos, de 1960 a 2011, a esperança de vida à nascença aumentou 16,8 anos, ou seja, dos 64 anos aumentou para os atuais 80,8 anos e o ISF diminuiu para menos de metade, de 3,4 crianças por cada mulher em idade fértil diminuiu para 1,35 (Pordata, n.d.).

Em 2011, a proporção da população com 65 ou mais anos aumentou para 19%, (INE, 2011) e a de jovens diminuiu para 15%, o que se traduziu num índice de envelhecimento de 128,6, ou seja,

¹ Quando nos referimos à União Europeia estamos a integrar 27 estados membros na sua composição.

² Número médio de anos que uma pessoa à nascença pode viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idade observadas no momento (INE, 2012, p. 161).

³ Número médio de crianças vivas nascidas por mulher em idade fértil (dos 15 aos 49 anos de idade), admitindo que as mulheres estariam submetidas às taxas de fecundidade observadas no momento. Valor resultante da soma das taxas de fecundidade por idades, ano a ano ou grupos quinquenais, entre os 15 e os 49 anos, observadas num determinado período (habitualmente um ano civil) (INE, 2012, p. 163).

⁴ Relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (INE, 2012, p. 163).

⁵ http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/data/main_tables

<http://www.pordata.pt/ão>

por cada 100 jovens existiam 129,9 pessoas idosas, sendo o índice de dependência de idosos de 29,1 (INE, 2011; Pordata, n.d).

Neste envelhecimento populacional há algumas particularidades que convém realçar, nomeadamente, o facto de se assistir a um envelhecimento da própria população das pessoas idosas; quer isto dizer que, em termos percentuais, a faixa etária das pessoas com idade superior a 85 anos aumenta a um ritmo superior à das pessoas com 65 e mais anos, e a predominância do sexo feminino, atendendo à sua maior longevidade.

Embora envelhecer seja um privilégio e uma conquista social dos nossos tempos, o progressivo envelhecimento da população representa um enorme desafio para as sociedades, porque, se por um lado, envelhecer representa uma oportunidade para maior desenvolvimento, por outro, apresenta consideráveis riscos de doença e incapacidade. Então, a mesma sociedade que conquistou tal privilégio, tem que ser capaz de efetivar o envelhecimento como uma conquista – um ganho. Isto exige que as pessoas idosas sejam respeitadas e tenham um suporte familiar, social e económico, mesmo quando se tornam dependentes e deixam de ser contribuintes significativos (Oliveira, 2011).

O envelhecimento é experimentado de diversas formas, dependendo da atitude face à vida em geral, de acordo com as aprendizagens, com a capacidade de realizar coisas significativas e se sentir importante, significativo para si mesmo e para as outras pessoas (Lima & Seibt, 2002).

A perda de familiares e amigos, a falta de relações afetivas e o abandono podem levar a um sentimento de tristeza e solidão, por vezes provocado por circunstâncias como a diminuição de capacidades físicas, que por sua vez levam a um distanciamento, podendo mesmo levar ao isolamento social. Segundo Barroso e Tapadinhas (2006, p.5) “a perda do cônjuge, de um amigo, familiar ou colega, pode provocar ansiedade na medida em que o idoso pode prever que a sua morte também se avizinha”.

A solidão é um conceito variável, pois cada pessoa atribui-lhe o seu significado, em função das suas vivências e do seu meio ambiente. Estar sozinho, não significa ter solidão, pois pode fazer parte da opção de vida daquela pessoa e como tal não sente solidão (Fernandes, 2007).

Também Weiss (1982) refere que a solidão não é apenas uma aspiração de relação mas da relação certa, podendo ocorrer concomitantemente com atividades sociais. Para Peplau e Perlman (1982), a solidão é “uma experiência desagradável que ocorre quando a rede de relações sociais de uma pessoa é deficiente nalgum aspeto importante, quer quantitativa quer qualitativamente”. Por tudo isto, os idosos constituem-se num grupo cada vez mais significativo na sociedade portuguesa em relação ao qual à necessidade de serem adotadas medidas de proteção. Sabemos que a solidão é um dos elementos evidentes da velhice, é um dos fatores mais suscetíveis de interferir de modo muito significativo na vida dos idosos (Fernandes, 2002). Para muitos idosos, geralmente os do meio rural, as redes sociais de apoio são frágeis, com pouco suporte familiar, condicionando as suas relações sociais.

Rowles (1984) citado por Hortelão (2004), indica os meios rurais como contextos privilegiados de envelhecimento, apontando determinadas vantagens como: o contexto físico ser estável durante longos períodos, as mudanças serem implementadas de forma gradual, possibilitando uma maior

familiaridade com o meio; o ritmo de vida é mais lento, proporcionando maior serenidade mas menos para as trocas sociais; maior estabilidade populacional, proporcionando a manutenção de laços afetivos, maior contato com a rede de vizinhos. No entanto, Sequeira e Silva (2002) concluem no seu estudo intitulado “O bem-estar da pessoa idosa em meio rural” que estes idosos consideram-se um

peso familiar, associado à constatação da distância que, por vezes, os separa dos familiares; o facto de mesmo os amigos já terem uma idade avançada, uma vez que o conjunto da população residente neste meio é bastante envelhecido; aliados à preocupação pela não existência de recursos apropriados, pelo menos em termos de saúde e transporte, para que possam permanecer independentes e auto suficientes na iminência de dificuldades futuras, determina que a situação de doença, de quebra da estabilidade económica e viuvez se tornem extremamente preocupantes.

Assim, face ao crescente envelhecimento populacional e conforme refere Berger (1995), o envelhecimento da população está a modificar profundamente as interações das pessoas, constituindo-se num problema primordial em quase todas as sociedades; os poucos estudos de investigação realizados por enfermeiros, relativamente a esta área que se encontra muito atual; o nosso interesse pessoal devido à sua implicação na atualidade e às suas consequências no campo da saúde, alicerçada na nossa experiência profissional, baseada essencialmente na prestação de cuidados a idosos, considerou-se pertinente investigar as implicações da solidão na perspetiva do idoso residente numa comunidade rural, de forma a conhecer melhor a realidade envolta.

Espera-se igualmente que seja proporcionada uma atenção especial a esta fase do ciclo vital, encontrando intervenções para este problema específico, de maneira a que os idosos permaneçam e se sintam integrados na sua comunidade.

Partindo deste pressuposto, colocou-se a seguinte questão de investigação: **Que implicações tem a solidão nos idosos para potencializar uma velhice bem-sucedida?** Com o objetivo de perceber as implicações da solidão nos idosos para potencializar uma velhice bem-sucedida e assim contribuir para uma prática clínica mais humana em saúde comunitária, minimizando os efeitos da solidão e potencializando uma velhice bem-sucedida. Rowe e Kahn (1998) referem o envelhecimento bem-sucedido, como a “capacidade para manter três comportamentos ou características essenciais: (1) baixo risco de doença e de incapacidades relacionadas com a doença; (2) funcionamento físico e mental elevado; (3) envolvimento/compromisso ativo com a vida”. Há assim, a necessidade de promover a saúde para favorecer o envelhecimento bem-sucedido.

Tomando este quadro como cenário, este estudo está desenvolvido em duas partes constituindo-se num todo. Na primeira parte consta o estado da arte da problemática em estudo. Na segunda

parte é descrita a investigação empírica efetuada ao longo deste estudo, assim como apresentados e discutidos os achados obtidos nesta investigação.

PARTE I

A PESSOA IDOSA EM PORTUGAL

CAPITULO I

ENVELHECER NUMA COMUNIDADE RURAL

A União Europeia enfrenta um preocupante fenómeno social – o envelhecimento populacional. Com uma população atual já envelhecida, nas próximas décadas a mudança mais importante será a transição para uma população muito mais velha, já que se prevê um aumento acentuado da população com 80 e mais anos.

A população residente em Portugal caracteriza-se pelo progressivo agravamento do envelhecimento demográfico tanto pela base como pelo topo da pirâmide etária, resultante da diminuição da proporção da população jovem e do aumento da proporção da população idosa no total da população. Os baixos níveis de fecundidade e o aumento da esperança de vida são as causas da intensidade do fenómeno (Gonçalves & Carrilho, 2007).

O envelhecimento é, assim, um facto atual e um problema social que não pode ser contestado e que traz mudanças na forma como se compreende o processo de envelhecer. De facto, o conceito de envelhecimento bem como as atitudes perante os idosos têm sofrido alterações significativas ao longo dos tempos, refletindo uma evolução de conhecimentos acerca da fisiologia do envelhecimento e de uma transformação dos valores éticos e estéticos (Paúl, 2005).

O envelhecimento faz parte do desenvolvimento humano, é um “processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida” (Direção Geral da Saúde (DGS), 2004, p. 3). Como tal, sofre influência de fatores intrínsecos, como a hereditariedade e o estado de saúde e de fatores extrínsecos, como o meio ambiente e o estilo de vida de cada idoso (Berger & Mailloux-Poirier, 1994).

O estudo de Morais (2007) com a temática “Envelhecimento no meio rural: condições de vida, saúde e apoio dos idosos mais velhos da Encruzilhada do Sul - Rio Grande do Sul”, demonstra que a população que vive nas zonas rurais está a envelhecer à semelhança dos que vivem nas zonas urbanas, apontando para uma realidade onde predomina a pobreza, isolamento, baixos níveis educacionais, residências mais precárias, limitações de transporte, problemas crónicos de saúde e distância dos recursos sociais e de saúde. A família dos idosos que vivem no meio rural é a principal fonte de recurso e apoio, uma vez que os serviços sociais e de saúde praticamente inexistem, o que se traduz num aumento considerável do risco para os idosos que não contam com este recurso. A família é um fator protetor do envelhecimento rural e, como tal, deve ser foco de políticas públicas sociais e de saúde adequadas às particularidades desta população. Assim, a família assume um papel amplamente reconhecido no contexto da sociedade atual.

1. O ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

O envelhecimento da população mundial, tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, é considerado um indicador da melhoria da saúde mundial. Segundo a World Health Organization (WHO) (2012), atualmente a população mundial com 60 ou mais anos ronda os 650 milhões e estima-se que em 2050 se alcançarão os 2000 milhões, refletindo-se assim um sucesso das políticas de saúde pública e do desenvolvimento socioeconómico. No entanto, torna-se um desafio desta sociedade adaptar-se de forma a melhorar, quanto possível, a saúde e a capacidade funcional dos idosos, assim como a sua participação social e a sua segurança.

Na União Europeia os dados são reveladores de que a população está a envelhecer. Relativamente aos nascimentos, em 1961 nasciam por ano 7,5 milhões de novas crianças, valor que atingiu o seu mínimo em 2002, com o nascimento de 5 milhões de crianças. A partir desta data, os nascimentos têm vindo a aumentar, verificando-se que em 2009 nasceram 5,4 milhões de crianças. Deste modo, o ISF era de 1,4 em 2002 e 1,59 em 2009 (Pordata, n. d.). Contudo, o aumento verificado é insuficiente para garantir o nível de substituição de gerações, sendo este de 2,1 filhos por cada mulher. A idade média da mãe na altura do parto aumentou para 29,8 anos (em 2002 foi de 29,2 anos).

Em 2002 a esperança de vida à nascença era de 77,7 anos, aumentando 2 anos até ao ano de 2009, cujo valor se situou em 79,7 anos, estimando-se que a mulher pudesse viver, em média, cerca de 5 anos mais que o homem. Como tal, em 2009, a esperança de vida para as meninas era de 82,6 anos e para os meninos era de 76,7 anos (Eurostat, 2008)⁶.

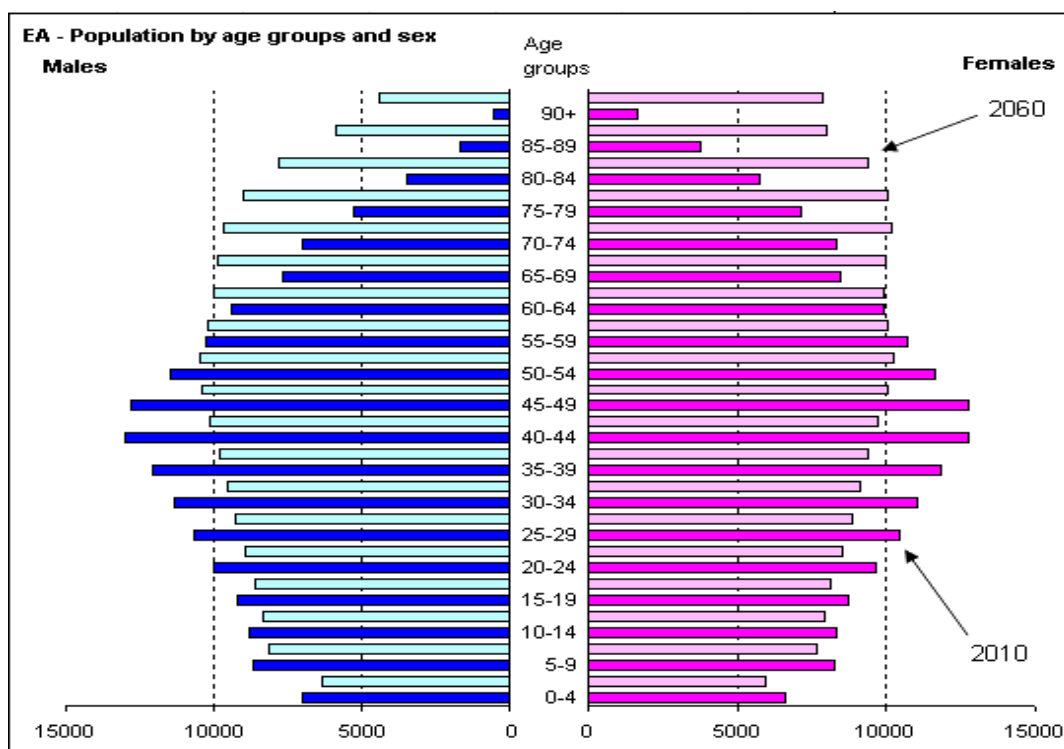
Quanto à distribuição da população por grupos etários, entre 1987 e 2010, verificou-se um aumento de cerca de 4,6% na proporção de pessoas com 65 e mais anos, representando em 1987, 12,8% do total da população europeia e em 2010 uma proporção de 17,4% (em 2000 esta proporção foi de 15,6% o que equivale a um aumento de 1,8%). Este aumento deveu-se, sobretudo, à diminuição da população jovem que em dez anos (2000-2010) diminuiu cerca de 1,6%. As alterações ocorridas na estrutura da população traduzem-se no índice de envelhecimento e no índice de dependência de idosos. Assim em 1990, o índice de envelhecimento era de 71,3, o que revela que o número de jovens era superior ao número de pessoas idosas. O predomínio dos jovens manteve-se até 2004, altura em que, pela primeira vez, o número de idosos ultrapassou o de jovens, sendo o índice de envelhecimento de 101,4, atingindo, em 2010 o valor de 111,7, o que revela a população europeia. Quanto ao índice de dependência de idosos⁷, em 1990 era de 20,6 aumentado para 25,9 em 2010 (Comissão Europeia, 2012; Eurostat, n. d.; Pordata, n. d.).

⁶ http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-DZ-08-001/EN/KS-DZ-08-001-EN.PDF

⁷ *Relação entre a população idosa e a população em idade ativa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos* (INE, 2012, p. 162).

As projeções populacionais da União Europeia preveem poucas alterações no número total de habitantes entre 2009 e 2060. No entanto, a estrutura da população deverá tornar-se muito mais velha, com um aumento muito significativo da população com 80 e mais anos, assistindo-se a um efeito sem precedentes, a passagem de uma pirâmide para uma “barra etária”, como se pode ver no gráfico 1 (Comissão Europeia, 2011; Eurostat, 2011, 2012).

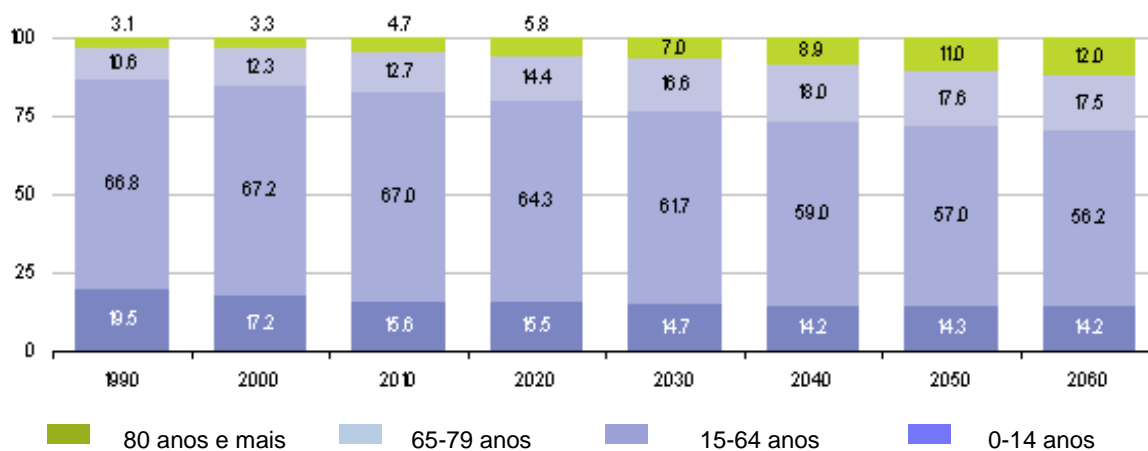
Gráfico nº 1 – Pirâmide Etária da União Europeia em 2010 e projeção para 2060



Fonte: Adaptada da Comissão Europeia (2011). The 2012 Ageing Report:
Underlying Assumptions and Projection Methodologies

As projeções populacionais da União Europeia preveem poucas alterações no número total de habitantes entre 2010 e 2060. No entanto, a estrutura da população deverá tornar-se muito mais velha, com um aumento muito significativo da população com 80 e mais anos, "assistindo-se a um efeito sem precedentes, à alteração do perfil da pirâmide etária" (Eurostat, 2012, p. 32), assumindo uma configuração de barra. A população com 65 e mais anos representará 29,5% da população total, sendo que 18,0% estão incluídas no grupo etário das pessoas com 80 e mais anos e a proporção de jovens diminuirá para 14,2% (gráfico 2). Decorrente destas alterações, o índice de dependência de idosos atingirá os 52,55 (Eurostat, 2012).

Gráfico nº 2 – Distribuição da população por grupos etários, na União Europeia, de 1990 a 2060 (projeções)



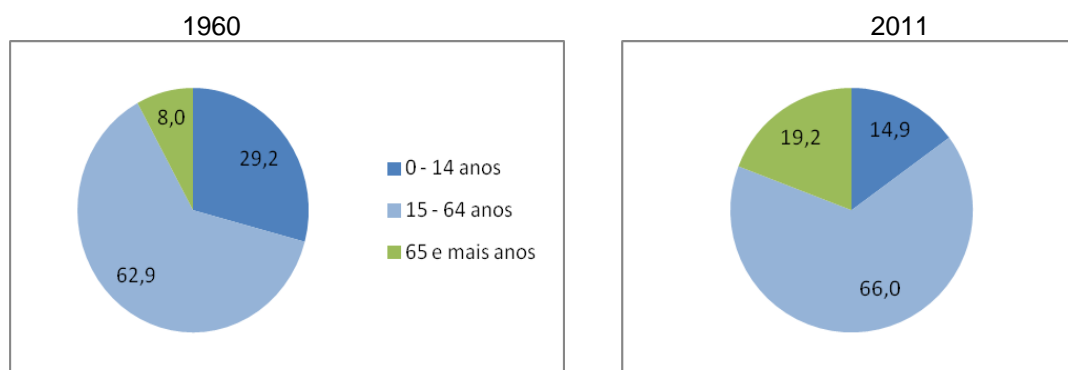
Fonte: Adaptado de Eurostat (linha de códigos de dados: demo_pjanind et proj_10c2150p)

Acompanhando esta tendência, em Portugal também se tem assistido a um envelhecimento demográfico resultante de uma diminuição acentuada do ISF e de um aumento da esperança de vida à nascença.

De 1960 a 2011, o número de crianças vivas nascidas por cada mulher em idade fértil, o ISF, diminuiu para menos de metade, sendo respetivamente de 3,4 e 1,35 e a esperança de vida à nascença aumentou 16,8 anos, ao passar dos 64 anos para os 80,8 anos, prevendo-se que a mulher viva mais 6,4 anos que o homem. Assim, para uma menina nascida em 2011 espera-se que viva até aos 84 anos e para um menino que viva até aos 77,6 anos (Pordata, n.d.).

Em 2010, Portugal era o quinto país com maior percentagem de idosos (17,9%) a nível da União Europeia (Comissão Europeia, 2012; Eurostat, n.d.). Segundo os resultados provisórios dos Censos 2011, Portugal apresenta uma população residente de 10 561 614 habitantes, sendo a proporção de pessoas com 65 ou mais anos de idade de cerca de 19%, o que traduz um aumento de 3% relativamente à da década anterior, cuja proporção foi de 16%, e de 13% à encontrada em 1960 cuja proporção foi de 8%. A um aumento da população idosa corresponde uma diminuição da população jovem (0 aos 14 anos), reduzindo esta de 29,2% em 1960 para 14,9% em 2011 (INE, 2012) (gráfico 3). Esta tendência também é apoiada pelo índice de envelhecimento, que em 1960 era de 65,7 anos e em 2011 era de 128,6, o que manifesta o predomínio da população idosa sobre a população jovem (Pordata, n.d.). No grupo etário 65 e mais anos, mantem-se a preponderância das mulheres verificada em anos anteriores, 11%, face aos homens cuja percentagem é 8% (INE, 2012).

Gráfico nº 3 – Proporção da população por grandes grupos etários em 1960 e 2011



Nas projeções da população efetuadas pelo INE, em 2009, sobre a população de 2008, estima-se que até 2060 haja um aumento significativo da população com 65 ou mais anos de idade, passando a ocupar uma proporção face ao total de efetivos de 32,3%⁸. De realçar que será, sobretudo, a população mais idosa, com 80 e mais anos de idade a contribuir para este aumento, prevendo-se que atinja uma proporção de 13,3% (em 2008 as pessoas com 85 e mais anos representavam 4,2% da população). O índice de envelhecimento da população aumentará, atingindo o valor de 271 idosos por cada 100 jovens (INE, 2009). Deste modo, agravar-se-á o envelhecimento populacional, com uma diminuição acentuada da população na base da pirâmide e um aumento do topo, a população idosa, sobretudo, a mais idosa (80 e mais anos) e que se traduz numa inversão da pirâmide etária (gráfico 1).

A região NUTS II Norte é habitada por 3 689 609 pessoas e destas, 17,2 % encontram-se na faixa dos 65 e mais anos, proporção inferior à de Portugal (INE, n.d.).

De acordo com os dados do INE, em 2010, a NUTS II Norte foi a região do Continente com menor índice de envelhecimento – 106,6⁹ - e de dependência de idosos – 23,4 (INE, n.d.). No entanto, como “a população portuguesa continua a envelhecer mas o ritmo é diferente nas várias regiões” (Gonçalves & Carrilho, 2007, p. 22), as NUTS III Alto Trás-os-Montes, Douro e Minho-Lima, da região Norte, apresentavam valores superiores ao verificado em Portugal. A região Minho-Lima apresentava um índice de envelhecimento de 164,4 e um índice de dependência de idosos de 32,2, sendo o município de Monção o segundo mais envelhecido desta região, com os índices de envelhecimento e de dependência de idosos muito superiores, sendo, respetivamente, de 263 e 41,1 (INE, n.d.).

Este envelhecimento populacional acarreta implicações para a nossa sociedade, uma vez que se verifica a nível económico, uma diminuição da população produtiva, um aumento da população dependente e mais despesas com a segurança social, alterações das relações profissionais, alterações das relações familiares, conflitos de gerações e uma maior necessidade de instituições de assistência ao idoso. No que respeita à saúde, verifica-se um aumento da população doente ou em risco, um maior consumo de cuidados de saúde primários, um aumento do consumo dos

⁸ Atualmente a proporção é de 19% (INE, 2011).

⁹ Em 2009, o Norte apresentou pela primeira vez um índice de envelhecimento igual ou superior a 100.

cuidados hospitalares, uma maior necessidade de pessoal e de instituições especializadas e ainda surge a problemática do doente crónico e terminal (Ávila, 2009). Neste sentido, é necessário olhar para o envelhecimento numa perspetiva holística, valorizando os aspetos biopsicossociais.

2. EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE ENVELHECIMENTO

O processo de envelhecimento é um fenómeno universal, ainda mal compreendido apesar das múltiplas teorias que existem. Este conceito é tão antigo quanto a humanidade, embora recentemente, com o aumento da esperança de vida, tenha despertado alguma preocupação e interesse. Pensa-se que na era pré-histórica a velhice fosse algo raro, e mesmo durante o século XVII, apenas 1% da população vivia mais de 65 anos (Ávila, 2009).

O registo histórico mais antigo sobre envelhecimento data do ano 2.450 a.C. quando um idoso Egípcio, de nome Ptah-Hotep citado por Agreda (1999, p.26), narrou a sua própria velhice como uma etapa triste da vida:

(...) que triste é o fim de um velho! Cada dia fica mais débil; sua vista diminui, seus ouvidos ficam surdos; sua força diminui; seu coração já não descansa; sua boca volta-se silenciosa e já não fala. Suas faculdades intelectuais diminuem e é-lhe impossível lembrar hoje o que aconteceu ontem. Todos os seus ossos têm dores. As ocupações que realizavam não há muito tempo com prazer, só as realiza com dificuldade, e o sentido do gosto desaparece. A velhice é a pior desgraça que pode atingir um homem.

No Antigo Testamento, o envelhecimento também é frequentemente mencionado, sendo abordado pelos filósofos como tema de reflexão e de vivência pessoal. Platão (427-347 a.C.) citado por Ávila (2009, p.34) “considerava o resultado do envelhecimento, uma continuidade da vida de jovem e adulto, numa lógica bem atual de que se envelhece como se viveu. Os prazeres do espírito vão progressivamente substituindo os prazeres físicos”.

Ao longo da história, o envelhecimento foi variando em função dos próprios valores atribuídos ao indivíduo pela sociedade, e ainda consoante o papel atribuído ao idoso no seu meio e inserido num contexto cultural. Segundo Agreda (1999) cada sociedade, ao longo dos tempos, tem atribuído um papel à velhice, positivo ou negativo, em função do paradigma de homem ideal vigente em cada momento, justificando por vezes a rejeição ou valorização dos idosos.

O conceito de envelhecimento deve ser compreendido como um processo contínuo, não segmentado em estádios particulares e exclusivos. Para Berger e Mailloux-Poirier (1994) o envelhecimento é um processo multidimensional que percorre todas as fases de vida de cada pessoa, composto por mecanismos de reparação e destruição que variam, de indivíduo para indivíduo, em tempo e em ritmos. Segundo Birren e Renner, citado por Paúl (1997, p.10) “o envelhecimento refere-se às mudanças regulares que ocorrem em organismos maduros, geneticamente representativos, vivendo em condições ambientais representativas, na medida em que avançam na idade cronológica”. Na mesma linha de ideias Ermida (1999, p.43), refere-se ao envelhecimento como “um processo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de

acidentes ou doença e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo. Significa que o envelhecimento não é em si uma doença embora possa ser agravada ou acelerada pela doença”. Para Santos, S.; Santos, I.; Fernandes e Henriques (2002), o envelhecimento consiste numa perda progressiva e irreversível de adaptação do organismo ao meio ambiente.

Lidz (1983), caracteriza o envelhecimento em três fases sucessivas, podendo, no entanto, o idoso não chegar a atingi-las todas ou, em contrapartida, atingi-las em simultâneo. A primeira fase denomina-se de **Idoso** e é uma fase em que não se verificam grandes alterações orgânicas, sendo as modificações observadas no modo de vida provocado pela reforma e a pessoa ainda se considera capaz para satisfazer as suas necessidades. A segunda fase é designada por **Senescência** e ocorre quando a pessoa sofre alterações a nível celular ou um conjunto de fenómenos associados a este processo, o que corresponde a uma velhice avançada. Por fim, surge a fase da **Senilidade**, em que o cérebro já não exerce a sua função como órgão de adaptação e a pessoa se torna quase dependente necessitando de cuidados completos.

O envelhecimento é pois um fenómeno multidimensional, que se relaciona com os processos de diferenciação e crescimento e que abarca alterações a nível biológico, psicológico e social, não surgindo de forma fatal, no mesmo tempo e com o mesmo impacto em cada indivíduo (Reis, 1996).

Deste modo, o envelhecimento impõe a valorização da identidade pessoal, otimizando a experiencia de vida de cada um. Para isso, torna-se necessário compreender as teorias do envelhecimento.

3. TEORIAS DO ENVELHECIMENTO

Ao longo dos últimos anos tem-se tentado explicar de forma clara porque e como envelhecemos, no sentido de compreender melhor todo este processo multifatorial e multidimensional (Fernandes, 2007).

As teorias do envelhecimento ajudam-nos pois a compreender este processo complexo. Há várias teorias, não se podendo afirmar que umas são mais corretas do que outras, nem mais importantes, uma vez que depois de analisadas verifica-se que são complementares. São elas, as teorias gerais do envelhecimento biológico e as teorias do envelhecimento psicossocial.

1.1. Teorias gerais do envelhecimento biológico

Para os biólogos, o envelhecimento, enquanto processo multidimensional, é consequência de várias disfunções do sistema imunológico, programação genética, lesões celulares, modificações a nível da molécula de Ácido Desoxirribonucleico (ADN) e controlo neuro-endócrino da atividade genética, correspondentes a mudanças que diminuem a probabilidade de sobrevivência de cada indivíduo (Berger & Mailloux-Poirier, 1994). Com base nisto foram elaboradas seis teorias com o intuito de explicar tais mudanças. São elas a teoria imunitária, a teoria genética, a teoria do erro na síntese proteica, a teoria do desgaste, a teoria dos radicais livres e a teoria neuro-endócrina.

- **Teoria Imunitária**

Segundo esta teoria, o envelhecimento é resultado da formação de anticorpos que atacam as células sãs do organismo, células estas que não estão dotadas de um sistema imunitário capaz de os combater. Este sistema deixa de reconhecer os componentes normais do organismo e as macromoléculas invasoras, estranhas ao organismo, atacam por vezes, as suas próprias células (Berger & Mailloux-Poirier, 1994).

- **Teoria Genética**

O envelhecimento do ser humano constitui a última etapa de um processo genético definido e orientado. É a existência de um controlo genético de duração idêntica à da vida que explica as diferenças marcadas entre a média de vida nas várias espécies animais. Para vários investigadores o envelhecimento é, portanto, uma consequência da deterioração da informação genética necessária à formação das proteínas celulares o que origina modificações da molécula de ADN, advindo daí o erro na síntese proteica (Berger & Mailloux-Poirier, 1994).

- **Teoria do Erro na Síntese Proteica**

Esta teoria defende que o envelhecimento resulta da morte celular. Sabe-se que a molécula de ADN é depositária da informação genética e que o gene, transportado pelo mesmo, é um pequeno fragmento que possui a informação necessária ao fabrico das proteínas, que são indispensáveis à manutenção da vida. Os erros a nível das inúmeras etapas da síntese proteica levariam à formação de proteínas incompetentes e incapazes de desempenhar as suas funções. Esses erros ou perturbações seriam responsáveis pelo envelhecimento (Berger & Mailloux-Poirier, 1994).

- **Teoria do Desgaste**

O organismo humano comporta-se como uma máquina cujas partes se deterioram com o uso. Este desgaste provocaria anomalias, daí advindo uma paragem desse mecanismo. Porém, existe um facto que contrapõe esta teoria e temos como exemplo, os tecidos epiteliais, a mucosa do trato gastro-intestinal e os glóbulos vermelhos produzem continuamente novas células de substituição que diminuem os efeitos do envelhecimento por desgaste (Berger & Mailloux-Poirier, 1994).

- **Teoria dos Radicais Livres**

Nesta teoria acredita-se que o envelhecimento e a morte celular provêm dos efeitos nefastos causados pela formação de radicais livres.

A peroxidação dos lípidos não saturados é um dos mecanismos que podem provocar envelhecimento, uma vez que levam à formação de substâncias tóxicas para as células das quais não se podem libertar. Essas substâncias, denominadas de pigmentos de envelhecimento ou lipofuscina, encontram-se em todo o organismo, mas com mais particularidade nos neurónios e nas fibras musculares dos idosos.

Os radicais livres constituem, também, obstáculo à difusão das substâncias nutritivas, através do mecanismo de ligação às fibras reticulares.

Esta teoria é considerada uma teoria estocástica do envelhecimento. Segundo esta, os fenómenos surgem por casualidade mas são prejudiciais ao organismo, acabando por diminuir a vitalidade das células e dos tecidos, provocando assim a sua decadência (Berger & Mailloux-Poirier, 1994).

- **Teoria Neuroendócrina**

O sistema endócrino funciona em estreita harmonia com o sistema nervoso com o objetivo de manter a homeostase. O controlo endócrino assenta em mensageiros químicos chamados hormonas. Estas participam na regulação de diferentes fenómenos como o crescimento e a homeostase sanguínea.

A maior parte das funções neuro-endócrinas parece diminuir com a idade, ao que, segundo esta teoria, se deve o envelhecimento celular e fisiológico. A alteração na produção ou na libertação de determinadas hormonas é uma das mudanças que poderia ter efeitos diretos sobre o processo do envelhecimento.

Todos os fatores intrínsecos e extrínsecos afetam a longevidade, contudo o único consenso que emergiu das hipóteses formuladas sobre esta matéria é a sua base e a sua origem a nível genético (Berger & Mailloux-Poirier, 1994).

1.2. Teorias do envelhecimento psicossocial

Para além do envelhecimento biológico, envelhecer integra também outras conceções que advêm do evoluir das sociedades.

Tal como os processos biológicos, no envelhecimento psicossocial também não há consenso entre os investigadores, surgindo várias teorias, das quais se destacam três mais importantes, a teoria da atividade, a teoria da desinserção e a teoria da continuidade.

- **Teoria da Atividade**

Segundo esta teoria, a velhice bem-sucedida pressupõe a descoberta de novos papéis ou uma nova organização dos já desempenhados. Consequentemente, a sociedade deve valorizar a idade e facilitar este processo. Berger & Mailloux-Poirier (1994) salientam que o idoso deveria manter-se ativo se quisesse obter mais satisfação na vida, mudando a sua autoestima e conservando a saúde. Estes autores consideram que o índice de satisfação na vida é aumentado apenas pela participação em atividades sociais efetuadas com amigos (Idem).

- **Teoria da desinserção**

Esta teoria demonstra que o envelhecimento é acompanhado de uma desinserção recíproca do indivíduo e da sociedade. O indivíduo põe fim, de forma gradual, ao seu empenhamento e retira-se da sociedade. Por sua vez, esta oferece-lhe muito menos do que anteriormente. Quando a desinserção é total, a pessoa atinge um novo equilíbrio, caracterizado pela modificação do seu sistema de valores. A perda a nível das relações interpessoais e a nível do papel que desempenhava tornam-se situações normais para o próprio (Berger & Mailloux-Poirier, 1994).

- **Teoria da Continuidade**

Esta teoria demonstra que o envelhecimento é complementar do ciclo de vida e não um período final, separado ou desintegrado das outras fases. O idoso preserva os seus hábitos de vida, os seus gostos, experiências e compromissos alcançados ao longo da sua vida, fazendo estes parte da sua atividade.

Embora exista uma certa desigualdade no que respeita às situações sociais, os hábitos e estilos de vida, adquiridos pelo idoso, determinam a sua adaptação. As pressões exercidas pelos acontecimentos sociais que surgem durante os últimos anos de vida de uma pessoa, levam à adoção de certos comportamentos que continuam a direção de vida já iniciada anteriormente.

Embora estas teorias expliquem de forma clara o envelhecimento biológico não conseguem do mesmo modo, explicar que o processo de envelhecimento sofre influências do contexto que é mutável. Conforme refere Py (1996) existe uma tragédia não só biológica marcada pela doença e pela deterioração do corpo como uma tragédia afetiva e social do outro.

4. ALTERAÇÕES BIO-PSICO-SOCIAIS E CULTURAIS DO ENVELHECIMENTO

Falar de uma velhice bem-sucedida implica uma interação multidimensional entre o físico, o mental, o espiritual, o cultural e o social, num equilíbrio entre estas dimensões. Salientamos também, que os fatores genéticos influenciam muito este processo de equilíbrio.

Para Berger e Mailloux-Poirier (1994), o ser humano à medida que envelhece, vai tirando proveito das suas experiências passadas, dos conhecimentos adquiridos, procurando manter certas atividades e fazer uma melhor utilização das suas funções intelectuais e mentais procurando-se adaptar o melhor possível a esta nova etapa do ciclo vital.

Seguindo a mesma ideia, Schroots e Birren citados por Paúl (1997), afirmam que o envelhecimento pode ser dissociado em três componentes, envelhecimento biológico, envelhecimento psicológico e envelhecimento social.

No que concerne ao envelhecimento biológico, inclui-se a senescência, o envelhecimento diferencial e as principais modificações fisiológicas do envelhecimento. O envelhecimento biológico resulta da crescente vulnerabilidade e probabilidade de morrer, denominada de **senescência**. Esta é definida como sendo “(...) um processo multifatorial que arrasta uma deterioração fisiológica do organismo”, que se caracteriza “ (...) pela redução da reserva fisiológica dos órgãos e sistemas” (Paúl, 1997, p.125). Para Berger e Mailloux-Poirier (1994) o sinal mais evidente de senescência é a diminuição da capacidade de adaptação do organismo face às alterações do meio ambiente, tendendo a acentuar-se com a idade e com as degenerações crónicas.

Ninguém envelhece de igual forma ou ao mesmo ritmo. As circunstâncias em que se envelhece variam de uma população para outra, bem como dentro da mesma, designando-se **envelhecimento diferencial**. Por último, as alterações anatómicas ou fisiológicas do processo de envelhecimento que têm início por volta dos quarenta anos de idade e prolongam-se até à morte, momento em que o organismo perde os mecanismos de adaptação, designam-se de **modificações fisiológicas do envelhecimento**. Estas modificações são divididas em duas categorias, as alterações estruturais e as funcionais do processo de envelhecimento. As mudanças estruturais ocorrem, sobretudo, a nível metabólico, celular e na repartição dos componentes corporais e são alterações que podem modificar quer o funcionamento do organismo como também a aparência corporal. As mudanças funcionais ocorrem sobretudo nos diferentes sistemas do organismo (cardiovascular, respiratório, renal e urinário, gastrointestinal, sistema nervoso e sensorial, sistema endócrino e metabólico, sistema reprodutor e imunitário (Paúl, 1997).

O envelhecimento psicológico caracteriza-se pela autorregulação da pessoa no campo de forças, pelo tomar decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência e envelhecimento. É frequente que os problemas psicológicos das pessoas idosas passem despercebidos, os sintomas são facilmente descritos como fazendo parte do processo de envelhecimento (Squire, 2005).

Nas pessoas idosas verificam-se algumas mudanças psicológicas tais como: dificuldade de se adaptar a novos papéis, necessidade de trabalhar as perdas orgânicas, afetivas e sociais,

dificuldade de se adaptar às mudanças rápidas, que têm reflexos dramáticos nos idosos, alterações específicas que exigem tratamento, depressão, hipocondria, somatização, paranóia, suicídios, desvalorização da auto imagem e da auto estima (Zimerman, 2000). Existem também, modificações das funções cognitivas como a inteligência, a memória e aprendizagem, o tempo de reação e a resolução de problemas e criatividade (Berger & Mailloux-Poirier, 1994). Relativamente à inteligência, não se pode afirmar haver declínio de tal função, “ (...) apenas podemos supor que este declínio se produz numa idade muito avançada, pelos 80-85 anos, e apenas em algumas pessoas” (Idem, p.173-174). Quanto à memória, esta pode parecer um simples sinal de envelhecimento, apesar de na realidade não ser tão simples. O esquecimento e a falta de memória são muitas vezes causadores de atrapalhão e stress na pessoa idosa (Idem).

Por último o envelhecimento social é relativo aos papéis sociais apropriados bem como às expectativas da sociedade para esta faixa etária.

Quando se verifica o envelhecimento social na população, ocorre uma crise de identidade pelo facto do idoso sentir que não tem um papel ativo na sociedade, afetando a sua auto-estima. A reforma exige muitas vezes ao idoso, um assumir de novos papéis na sociedade e na comunidade onde está inserido. Evitar o isolamento e superar as perdas, exige também ao idoso, a necessidade de ajustar as suas relações sociais com os filhos, netos, amigos, assim como criar a possibilidade de novos relacionamentos (Zimerman, 2000). Assim queremos salientar que a viuvez e/ou a perda do papel de trabalhador, coloca à vizinhança e à comunidade uma responsabilidade na concretização de uma velhice bem-sucedida.

Dado que, frequentemente, o idoso apresenta uma mobilidade limitada e a uma atividade circunscrita, a existência de pessoas da mesma geração na proximidade da área de residência, facilita o relacionamento e evita o isolamento social. Assim, a convivência entre as diversas gerações também é muito enriquecedora permitindo a partilha de vivências (Caldas, Cerqueira & Lira, 1999).

A prática religiosa, por exemplo, que normalmente se intensifica no fim da vida, torna-se numa atividade de extrema importância e por vezes a única atividade recreativa da pessoa. Esta prática poderá ter como sentido a resposta a uma necessidade, mas é também um acontecimento social, que lhes permite afirmarem-se como pessoas, estruturando o seu horário semanal e ainda sentirem-se responsáveis e ativos porque participam numa atividade importante. A pertença a um grupo religioso tranquiliza-os e serve-lhes de ponto de referencia, de suporte e, por vezes, mesmo de substituto familiar (Idem).

Desta forma, o envelhecimento exige uma adaptabilidade que varia de pessoa para pessoa, tratando-se no entanto de um processo inevitável que faz deste um momento singular, pessoal e intransferível (Idem). Partindo destes pressupostos os fatores biológicos, psicológicos e sociais são fundamentais ao bem-estar, pois o modo como as pessoas se comportam, indiciam os seus desejos de mudança ou de se adaptar às situações. Por conseguinte, envelhecer implica uma reorganização da sociedade, no sentido de superar as perdas. Estas, quando superadas, acabam por originar um sentimento de bem viver ao idoso. A expressão “velhice bem-sucedida” é considerada o resultado de um nível ótimo de bem-estar e satisfação psicológica referidos pelo

idoso, sendo que a doença e a inatividade deixam de ser considerados sinónimos de velhice e de envelhecimento (Catarino, 2011).

Se o sentido da velhice for positivo e realista, o idoso poderá rever os seus objetivos, aceitar as mudanças, prevenir doenças, modificar o estilo de vida, estabelecer novas metas e, assim, contribuir para o seu bem-estar nesta e noutras fases da vida.

É também através da pertença cultural que a pessoa percebe a velhice, a dor ou mesmo a doença (Caldas et. al, 1999).

Assim sendo, é fundamental perceber o contexto cultural do idoso, na medida em que só compreendendo a perspetiva de vida e a sua relação com o meio sociocultural, conseguimos compreender como se processa uma velhice bem-sucedida. A transação entre o idoso, o ambiente social e cultural reflete uma forma única de viver a experiência do envelhecimento.

5. O IDOSO EM CONTEXTO RURAL E A SUA FAMÍLIA

Os contextos onde nascemos, crescemos e amadurecemos influenciam as nossas atitudes e comportamentos.

O meio rural, conforme Fernandes (1985) citado por Costa Portugal (2010, p.91) é uma sociedade “enformada por uma lógica que lhe é própria, na medida em que as pessoas se comportam nela com obediência a certos princípios que regulam a vida social no seu todo”. Para João Ferrão (2000, p.46) o mundo rural apresentava quatro características: “a produção de alimentos como função principal; a agricultura, como atividade económica dominante; a família camponesa, com modos de vida, valores e comportamentos próprios como grupo social de referência; e uma paisagem que reflete a conquista de equilíbrios entre as características naturais e o tipo de atividades humanas desenvolvidas”. Por sua vez, o mundo urbano é marcado por “funções, atividades, grupos sociais e paisagens não só distintas mas, mais do que isso, em grande medida construídas contra o mundo rural” (Ibidem).

Para compreender e descrever o meio rural e o meio urbano deve-se ter em conta as suas características e complexidades, para assim contextualizar o que é a sociedade atual. Para Fernandes (1985, p.28) “é nítido o contraste que existe entre os meios urbanos de hoje, em que se põe já o problema da urbanização do urbano e as sociedades rurais tradicionais, onde a libertação dos padrões culturais estabelecidos socialmente se torna difícil”.

Krouts e Coward (1998) citados por Fonseca, Paúl, Martín e Amado, (2004) mencionam mitos que persistem relativamente ao envelhecimento nos meios rurais, tais como: os idosos reformam-se em pequenas comunidades esperando anos de felicidade e contentamento com poucas preocupações ou cuidados; têm um forte apoio de redes familiares, sempre disponíveis para quando precisam; apresentam elevados níveis de saúde e satisfação; vivem em comunidades solidárias, que se preocupam especialmente com as necessidades dos idosos; têm pouca necessidade de serviços de apoio; conseguem suprir as suas necessidades porque os custos de vida no campo são mais baixos; são muito semelhantes enquanto pessoas e relativamente ao ambiente em que vivem.

Segundo Paúl (2005), as atitudes face ao próprio envelhecimento são significativamente mais negativas nos idosos que vivem em meio urbano do que os que vivem em meios rurais. Pois estes últimos são mais ativos, mais autónomos e tem maior suporte social comparativamente aos idosos que vivem em meio urbano. Por sua vez, o nível educacional e a situação financeira são mais favoráveis nos meios urbanos.

Porém, estas crenças são muito distantes da realidade. As populações rurais debatem-se com inúmeras necessidades, tais como, a ausência de serviços sociais e de saúde, de transportes, apresentam dificuldades económicas evidentes para aceder a serviços distantes da sua área residencial e ainda a migração do mundo rural para zonas urbanas despovoando as comunidades e afastando potenciais cuidadores familiares (Fonseca et. al, 2004).

Apesar de algumas dificuldades presentes no meio rural, os idosos desejam envelhecer na “sua terra” experimentando “de modo muito especial sentimentos de identificação e de conforto através da vinculação ao lugar, desejando por isso mesmo envelhecer rodeados pelo espaço que conhecem, espaço físico, social e psicológico” (Fonseca, Gonçalves & Azevedo, 2008, p. 9).

De facto, o meio social e cultural promove o sentido de identidade, o sentimento de pertença e confiança por estar inserido num meio que lhe é familiar.

O envelhecimento é assim considerado um problema psicossocial na medida em que esta etapa da vida, para além de envolver o próprio idoso e a sociedade, envolve sobretudo a família, pois esta é considerada como a primeira unidade social onde a pessoa se insere e a primeira instituição que contribui para o seu desenvolvimento, socialização e igualmente para a formação da sua personalidade (Minuchin, 1982). A família é entendida como um conjunto invisível de exigências funcionais que organiza a interação dos membros pertencentes a essa mesma família, considerando-a igualmente, como um sistema que opera através de padrões transacionais. A Saúde 21 reconhece a família como uma unidade chave na produção de saúde e, consequentemente na melhoria da saúde, uma vez que é na família que se aprendem comportamentos e atitudes conducentes (ou não) a estilos de vida saudáveis (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2000).

Assim, no seio da família, os indivíduos podem constituir subsistemas, podendo estes ser formados pela geração, pelo sexo, pelo interesse e/ou função, ocorrendo diferentes níveis de poder e onde os comportamentos de um membro influenciam os restantes membros. A família como unidade social, enfrenta uma série de tarefas de desenvolvimento, diferindo a nível dos parâmetros culturais, mas possuindo as mesmas raízes universais (Minuchin, 1982).

Não existe uma definição consensual de família, pois existem muitos tipos de família dos quais se salienta, quanto à normalidade e ao número de membros, **a família nuclear ou conjugal**, constituída idealmente por um casal (tradicionalmente homem e mulher) com ou sem filhos, mas sem outros parentes, habitando num ambiente familiar comum; **a família alargada ou extensa**, constituída por outros membros para além da unidade conjugal, uma mãe ou sogra viúva, e ainda dentro deste tipo os agregados familiares múltiplos constituídos por mais de uma unidade conjugal, como o caso de um casal de idosos e de um filho casado a residirem juntos. Existem também famílias com uma **estrutura monoparental**, tratando-se de uma variação da estrutura nuclear tradicional devido a fenómenos sociais, como o divórcio, abandono do lar, ilegitimidade ou adoção de crianças por uma só pessoa e finalmente, **a família incompleta** formada por agregados familiares incompletos, como os solitários e os agregados sem unidade conjugal (Relvas, 1996). Ainda existem as **famílias comunitárias**, como por exemplo as famílias de acolhimento, as irmandades religiosas, entre outras, que carecem de legitimização social e legal, sendo no entanto reconhecidas como “família” na prática clínica, tendo em conta alguns dos seus aspetos fundadores e tradicionais como a coabitação, a solidariedade entre conviventes, a cooperação e o empenho recíproco (Ventura, 2010).

A estrutura familiar tem a capacidade de se moldar em função das circunstâncias, tal como refere Minuchin (1982, p. 58) “ a família deve responder às mudanças internas e externas, deve ser

capaz de transformar-se de maneira que atendam às novas circunstâncias, sem perder a continuidade, que proporciona um esquema de referência para seus membros”.

A proteção dos seus membros constitui uma das funções primordiais da família, particularmente traduzida no cuidar e criar os filhos. Ativando-se esta “função protetora com o nascimento e crescimento dos filhos, a verdade é que ela é de novo solicitada sempre que é necessário cuidar dos membros velhos e inválidos” (Silva, 2006, p. 45). As relações de proteção e apoio constituem uma importante dimensão das funções básicas da família que, de acordo com Collado, citado por Silva (2006, p. 45) “ a proteção orienta-se inicialmente de pais para filhos, devendo variar de conteúdo e de intensidade, adaptando-se às necessidades evolutivas destes, para se transferir depois para os idosos e os que têm necessidades especiais”. Para além destas funções familiares somam-se ainda o facto de gerar afeto entre os seus membros, proporcionar segurança promovendo um desenvolvimento pessoal natural, satisfazer os seus membros da família, assegurar a continuidade das relações, criando relações duradouras entre os seus membros, dar estabilidade e permitir socialização, assegurando a continuidade da cultura da sociedade correspondente, estabelecer regras, normas, direitos e obrigações características das sociedades humanas entre os seus membros bem como a noção do correto (Duvall & Miller citados por Stanhope & Lancaster 1999).

Toda a família tem uma história de vida, desde a gestação e nascimento até ao declínio e morte denominando-se ciclo vital. Em todo este percurso a capacidade de adaptação às mudanças, assim como enfrentar e ultrapassar as crises é uma constante nas vivências familiares, no entanto não é unânime entre autores a classificação destes estádios. Duvall citado por Relvas (1996), seguindo a linha de pensamento de Erikson, define o ciclo de vida da família em oito etapas: casal sem filhos, famílias com recém-nascidos (filho mais velho: nascimento- 30 meses), famílias com crianças em idade pré-escolar (filho mais velho 2,5- 6 anos), famílias com crianças em idade escolar (filho mais velho 6-13 anos), família com filhos adolescentes (filho mais velho: 13 – 20 anos), família com jovens adultos (saída do primeiro filho-saída do último filho), casal na meia idade (ninho vazio- reforma), envelhecimento (reforma-morte de um ou ambos os cônjuges).

A pessoa idosa, no seio da sua família é, não só uma referência a nível de conhecimentos e aconselhamento, uma pessoa que tem uma experiência de vida que deve ser valorizada, como também uma mais-valia na participação nos cuidados e contato com as gerações mais novas.

Um idoso participativo no seio da sua família representa uma fonte de gratificação para este e um importante contributo na educação das gerações mais novas. Neste contexto, o papel da família no apoio ao idoso passa por valorizar a pessoa no que respeita aos seus conhecimentos e opiniões. Para além disso, é uma garantia que, em caso de necessidade, o idoso tenha apoio e lhe sejam prestados os cuidados necessários para a sua saúde.

No que respeita às mudanças e alterações na vida, nem todo o idoso se adapta facilmente, podendo levar à não-aceitação a uma determinada situação. Na viuvez, por exemplo, para além de ocorrerem alterações psíquicas podem ocorrer também alterações financeiras, o abandono do lar passando a morar com um filho/instituição, a perda da sua individualidade e algumas vezes o sentimento de inutilidade e de “fardo” familiar. Por sua vez, nem toda a família tem estrutura para

receber um idoso debilitado quer por questões económicas, em que não se pode abandonar o posto de trabalho, quer porque a casa não reúne condições quer em termos de espaço, quer em termos de barreiras arquitetónicas. Muitos idosos encontram-se a viver sozinhos, alguns deles porque não tiveram filhos ou não se relacionam com a sua família. Por vezes, estabelecem-se relações importantes com vizinhos e amigos, acabando estes por se tornarem seus cuidadores, aqueles que olham com carinho e os apoiam (Hortelão, 2004).

A maioria dos idosos resiste à ideia de abandonar o seu lar, mesmo perante um declínio físico e incapacidade para viver de forma independente, pois é encarado como uma perda de identidade, é o seu espaço que fica para trás. Segundo Aiken citado por Hortelão (2004), apenas a consciência de um problema físico grave, a perda do cônjuge ou outro fato marcante podem determinar que o idoso abandone a sua casa voluntariamente.

As pessoas idosas mantêm uma forte ligação à sua casa, pois habitaram-na durante grande parte da sua vida e foram construindo a sua história de vida. Consideram-na o “seu ninho”, pois está repleta de lembranças. O facto de viverem na sua casa fá-los sentirem-se mais valorizados e independentes. A casa assume um significado psicológico para o idoso, permitindo-lhe manter a sua identidade apesar das mudanças porque passa. A casa oferece um sentimento de identidade, de segurança e posição. Segundo Rowles citado por Hortelão (2004), os idosos expressam elevados níveis de satisfação com o seu lar mesmo que não tenha níveis de qualidade desejáveis. Segundo Rodrigues (2007), as condições habitacionais são reconhecidas como determinantes para a saúde das pessoas em geral e dos idosos em particular, pois o estado de saúde destes pode ser afetado pela falta de condições habitacionais.

A nível social, também se verifica igualmente falta de estruturas de apoio aos idosos e dificuldades cada vez maiores das famílias nucleares para desempenharem a sua função de cuidar dos “seus idosos”. Esta situação acarreta um “aumento dos idosos sem suporte familiar, com repercussões afetivas e sociais para os próprios, bem como para a comunidade” (Coimbra, 1999, p. 29). Ainda o fato de grande parte dos idosos terem fracos recursos económicos, com reformas limitadas, baixos níveis de instrução, deficientes condições habitacionais, deficientes apoios familiares, comportamentos e estilos de vida incorretos e estados precários de saúde, constituem alguns fatores que desencadeiam o aparecimento de grupos desfavorecidos e vulneráveis (Idem).

O isolamento social e o sentimento de solidão nos idosos podem ser minimizados pela família, caso esta procure integrar o idoso nas suas atividades de vida diárias. De salientar que a presença da família é determinante para o acompanhamento, recuperação e qualidade de vida do idoso. É compreensível que, nos nossos dias, o estilo de vida dificulte a presença da família nos cuidados ao idoso, sendo muitas vezes distribuídas responsabilidades entre familiares.

CAPITULO II- A SOLIDÃO DO IDOSO
– UM RESULTADO DAS MUDANÇAS SOCIAIS

O problema da solidão merece uma atenção especial na medida em que tem repercussões negativas na vida da pessoa deixando marcas para uma velhice bem-sucedida.

A solidão a que os idosos muitas vezes estão sujeitos, quer pela incapacidade de resposta familiar, quer pela resposta da própria sociedade, quer ainda pela diminuição das redes sociais que se traduz na falta de comunicação e manutenção de contactos mínimos, tem como consequência o desenvolvimento de emoções e sentimentos, experienciando situações desagradáveis (Cardona, Villamil, Henao & Quintero, 2010).

A viuvez, a reforma, o afastamento afetivo são fatores de risco para experienciar solidão. Esta pode ser vista como resultado das mudanças sociais ocorridas nas últimas décadas, como: a redução do núcleo familiar, a participação mais efetiva da mulher no mercado de trabalho fora do lar e a quebra dos vínculos matrimoniais (Lessa, 1998).

Para uma velhice bem-sucedida é necessário perceber a influência que a solidão tem no bem-estar da pessoa idosa.

1. A SOLIDÃO NO IDOSO – UM SENTIR INDIVIDUAL

O significado de solidão varia de pessoa para pessoa, pois cada uma atribui-lhe o seu próprio significado, dependendo da forma como aparece e do modo como cada uma lida com ela (Fernandes, 2007).

A solidão é um conceito complexo e vago, que pode ser confundido facilmente com isolamento. No entanto, isolamento não é sinónimo de solidão. Passar tempo sozinho não significa solidão, pois as pessoas podem ser felizes estando sozinhas. No entanto, por estarem sozinhos, também se podem sentir infelizes, e aí é possível sentirem solidão. A solidão origina um sentimento de vazio e de ansiedade, é ter um sentimento não desejado de perda de companhia, enquanto que o isolamento pode ser uma opção de vida. O isolamento é objetivo, enquanto a solidão é subjetiva. Peplau e Perman (1982) citados por Fernandes (2007, p. 31) consideram ainda que “a solidão é uma experiência subjetiva que pode não estar relacionada com o isolamento objetivo; esta experiência subjetiva é psicologicamente desagradável para o indivíduo; a solidão resulta de uma forma de relacionamento deficiente”.

Segundo Paúl (1991, p. 108), “(...) a solidão é uma condição emocional, inerente à disposição biológica do homem, que faz com que haja uma tendência para manter a proximidade de outros e evitar o isolamento, aumentando o sentido de segurança e identidade pessoal.” Quando as relações sociais não são adequadas, a solidão torna-se numa situação penosa. Neste sentido, as pessoas buscam algo que atenua a solidão, dê sentido à sua existência e à quantidade e qualidade das relações sociais que se criam (Fernandes, 2007).

O modo como cada um encara as diversas situações da vida e como lida com o quotidiano, vai fazer com que se sinta mais ou menos só, e que a solidão o atinja com maior ou menor intensidade. O trabalho e a família são dois pilares que estruturam e definem a existência humana. Quando surge uma variação a este nível é possível surgirem vários problemas, quer de âmbito instrumental ou emocional, entre os quais o sentimento subjetivo de solidão (Fernandes, 2007).

Neto (2000) identificou diversas formas de solidão destacando-se: a solidão existencial, a solidão enquanto traço de personalidade e estado psicológico, a solidão social e a solidão emocional. A **solidão existencial** faz parte da experiência humana, provocando momentos de auto confrontação e proporcionando auto crescimento. A solidão enquanto **traço de personalidade** é quando as pessoas solitárias relatam frequentes sentimentos intensos de solidão. Pode também considerar-se **estado psicológico** quando as pessoas experienciam solidão em diferentes momentos da sua vida, quando se considera que uma pessoa pode passar por momentos de solidão ou ter uma experiência com a solidão, ou ainda pode ser uma pessoa só ou sentir-se sozinha. Quando uma pessoa se sente insatisfeita por falta de rede social de amigos e de pessoas conhecidas estamos perante uma **solidão social** e por último a **solidão emocional**, é aquela em que se está insatisfeito por causa de uma relação pessoal e íntima. Estes dois últimos tipos de solidão, encontram-se relacionados com a falta de amizade e de relações íntimas. Para Weiss, citado por Fernandes (2007, p. 35) “a solidão emocional é a forma mais dolorosa de isolamento.”

Russell et al. (1984) citados ainda por Fernandes (2007, p. 35) apresentam um estudo onde referem que “... as medidas de solidão social e emocional estão ligadas, respetivamente, à falta de amizade e de relações íntimas” e que “... a solidão social e emocional partilhavam um núcleo comum de mal-estar, mas tinham também elementos únicos de experiência subjetiva.”

A solidão pode ser encarada como um grave problema, pois uma pessoa que se sente sozinha convive com a ansiedade, descontentamento e rejeição. Existe na nossa cultura a ideia que as pessoas idosas são pessoas solitárias, no entanto, para Fernandes (2007) tal ideia não se confirma quando os idosos confessam a sua própria experiência de solidão. Gutek et al (1980), referidos pelo mesmo autor, apresentam um estudo onde se reflete que a tendência geral se baseia numa diminuição da solidão com a idade, não havendo contudo uma compreensão clara para esta razão da diminuição da solidão ao longo do ciclo de vida.

A saída dos filhos de casa, a entrada na reforma e a viuvez, podem desencadear sentimentos de solidão. Neste sentido, uma pessoa poderá sentir solidão ou sentir-se só em casa numa dimensão emocional, mas igualmente o sentirá no seio da sociedade, independentemente das suas relações sociais serem boas. Do mesmo modo, se não possuir ao seu lado alguém para partilhar o dia-a-dia sentirá solidão (Fernandes 2007).

Uma pessoa que sofra de solidão pode experienciar o desejo do passado, descontentamento com a sua situação presente e receio de enfrentar o futuro.

2. FATORES QUE PROVOCAM A SOLIDÃO NOS IDOSOS

A identidade da pessoa é, segundo Rocha (2007), um conceito importante da personalidade, pois reflete a adaptação da pessoa ao envelhecimento e está diretamente relacionada com o autoconceito e por conseguinte com a predisposição para sentir solidão. A mesma autora refere que esta identidade é constituída com base nas relações sociais, pessoais e influenciado constantemente pelas experiências que condicionam os pensamentos e o comportamento, ou seja, por pensamentos, emoções e imaginação acerca daquilo que somos.

O autoconceito permite perceber como as pessoas se sentem e o que pensam acerca delas mesmas em diversos aspetos e, para além disso, demonstra ainda como a perceção individual se relaciona com uma ampla área de qualidades ambicionadas, no entanto é importante ter sempre em atenção o contexto da situação. O autoconceito é um corpo de conhecimentos, um constructo mental que dá sentido aos diferentes acontecimentos da nossa vida, uma vez que o ser humano tem capacidade para refletir acerca de si próprio e dos seus pensamentos. Estas funções complementam-se umas com as outras, atuando simultaneamente (Rocha, 2007).

Linda citado por Rocha (2007, p. 21) refere que o autoconceito tem algo de protetor no envelhecimento na medida em que:

(...) o processo de envelhecimento e as doenças afetam o autoconceito; a perda de papéis inerentes ao processo de envelhecimento coloca o autoconceito em risco; os estereótipos negativos acerca do envelhecimento/idoso, que são corroborados quer pelos jovens quer pelos próprios idosos, criam uma atmosfera facilitadora de uma diminuição do autoconceito (...).

Os níveis de autoconceito (positivos ou negativos) no idoso podem levar a um envelhecimento com sucesso ou por outro lado, a um envelhecimento difícil e doloroso. Segundo Rocha (2007) a morbilidade pode ser considerada um fator que interfere com o autoconceito, quer pela sua cronicidade, quer pela perda de capacidades que pode originar, tornando o processo de envelhecimento mais penoso.

As perdas ao nível dos órgãos sensoriais podem ser consideradas, igualmente, um fator que dificulta o contacto com o mundo exterior. A dificuldade de ouvir limita o convívio entre pessoas, na medida em que dificulta as conversas e o relacionamento, assim como as dificuldades visuais restringem as saídas ao exterior. Estas perdas fazem com que o idoso entre num círculo de isolamento progressivo (Paúl, 1993). Com o envelhecimento a locomoção também sofre alterações, pois a marcha torna-se mais lenta e mais insegura, facilitando a ocorrência de quedas. Neste sentido, o idoso vai perdendo a sua autonomia funcional e empobrecendo a sua rede social. Estes aspetos conduzem naturalmente a um maior isolamento social e a um aumento de sentimentos de solidão (Sousa & Feio, 1998).

Nesta fase de vida surge também a reforma, encontrando-se esta atualmente delimitada aos 65 anos. No entanto, este marco de velhice não é fidedigno, pois há pessoas que se reformam antecipadamente, devido a situações de desemprego, incapacidades, reformas antecipadas, entre outras, dificultando assim os limites da idade da velhice, uma vez que muitas pessoas em idade ativa se encontram reformadas (Ávila, 2009). Com a reforma, verifica-se uma diminuição acentuada da rotina do dia-a-dia, contribuindo para uma redução gradual das capacidades intelectuais e físicas do indivíduo, quer pela imobilização física própria do processo fisiológico de senescência, quer pela redução de utilização das funções cognitivas. Esta diminuição das capacidades, aliada a uma perda de independência, à progressiva imobilização e ao afastamento de amigos e colegas acabam por, aos poucos, levar ao isolamento do idoso (Fernandes, 2007). Segundo Pimentel (2001, p.59) “a atividade profissional é mais do que uma fonte de rendimento, é uma forma de integração social e o indivíduo que entra na reforma vê o seu lugar na sociedade alterar, sente-se deslocado e em muitos casos não sabe onde ocupar o seu tempo e energia, e muitas vezes os seus ganhos são reduzidos”.

A reforma constitui um marco na trajetória de vida das pessoas, pois esta transição implica uma (re) adaptação a essa nova realidade, podendo ser encarada de forma positiva ou negativa. Fonseca (2005, p.47) refere que “para a maioria das pessoas, a passagem à reforma não assinala apenas o fim da atividade profissional, é também o fim de um período longo que marcou a vida, moldou os hábitos, definiu prioridades e condicionou desejos, podendo ser ao mesmo tempo um momento de libertação e de renovação (viver com outro ritmo, estabelecer novas metas, investir no lazer e na formação pessoal, relacionar-se mais com os outros, etc.), ou um momento de sofrimento e perda (de objetivos, de prestígio, de amigos, de capacidade financeira) ”. Por conseguinte, a perceção que o idoso tem de si mesmo pode delinear e condicionar o seu comportamento, possivelmente a apatia e a acomodação estão relacionados com as imagens negativas, por sua vez os níveis positivos estão relacionados com uma transmissão de tranquilidade e interesses. A apatia que alguns idosos demonstram, sem razão aparente, o limitar-se a esperar calmamente pelo “fim”, o desinteresse pela vida e o querer desistir de viver, permite refletir sobre a perceção que estes idosos terão deles próprios e com que pensamentos viverão (Rocha, 2007).

A morte do cônjuge representa, para qualquer pessoa, um dos momentos mais trágicos. As mudanças que a viuvez acarreta são variadas, entre as quais a nível pessoal, familiar, social, surgindo assim a necessidade de adaptação a uma nova realidade, de forma a compensar a perda.

O idoso passa a sentir a falta do seu parceiro, sendo este, na maioria das vezes, o seu companheiro num matrimónio de várias décadas. No entanto, é difícil definir se o sentimento de solidão foi causado pela morte do cônjuge ou foi apenas reforçado por este fator, pois muitas vezes o sentimento de solidão já existe, sendo apenas potencializado (Fernandes, 2007).

Nos idosos, a viuvez é frequentemente responsável pelo aparecimento de sintomas depressivos, encontrando-se também associada ao desenvolvimento de doenças crónicas graves e inclusivamente levar à morte.

A perda do parceiro com quem partilhou o seu amor, a experiência de vida, as alegrias e tristezas, pode ser insuportável. A adaptação a essa perda significativa ainda é somada à necessidade de aprender uma nova tarefa: viver só (Idem).

Tendo em conta todo o processo de envelhecimento e as alterações a nível biopsicossocial da pessoa, estas, por si só, não justificam o comportamento passivo de muitos idosos, uma vez que a maioria deles, aparentemente, transmite uma sensação de bem-estar e de uma certa tranquilidade apesar das perdas que sofreram e apesar das situações de doença que sofrem. Por vezes, os idosos adotam comportamentos dependentes porque interiorizam os estereótipos relacionados com o envelhecimento criando uma imagem negativa de si (Rocha, 2007).

3. O BEM-ESTAR SUBJETIVO DO IDOSO

Durante a fase da terceira idade ocorrem numerosas alterações em torno da pessoa tanto a nível físico, como social e psicológico, marcadas pela reforma, o afastamento das pessoas mais próximas, a reorganização dos hábitos da vida quotidiana e das relações interpessoais, bem como, a presença de novos interesses. Mesmo que, algumas destas alterações surjam progressivamente, levam a que o idoso repense o seu modo de vida e, ocasionalmente, nas relações afetivas e sociais. Seja qual for a idade do idoso, o bem-estar concretiza-se no contexto das suas capacidades orgânicas, psicológicas e sociais e nas mudanças que vão ocorrendo no contexto real de vida (Berger & Mailloux-Poirier, 1994).

O conceito de bem-estar não é unânime pois pode ser influenciado por variáveis tais como a idade, o género e o nível socioeconómico e cultural. Para a Internacional Council of Nurses (ICN) (2011, p.41) o bem-estar integra-se no conceito de saúde e é definida como “Imagem mental de se sentir bem, de equilíbrio, contentamento, amabilidade ou alegria e conforto, usualmente demonstrada por tranquilidade consigo próprio e abertura para outras pessoas ou satisfação com a independência”. Termo este, que pode ser indistintamente utilizado como sinónimo de saúde, paz, felicidade, prosperidade e satisfação com a vida e ainda como indicador de qualidade de vida. Este bem-estar pode ainda ser subdividido em bem-estar físico, espiritual e social. O termo bem-estar físico consiste em “bem-estar: Imagem mental de estar em boas condições físicas ou conforto físico, satisfação com controlo de sintomas tais como o controlo da dor ou estar contente com o meio físico envolvente” (Ibidem).

O bem-estar espiritual consiste em “bem-estar: Imagem mental de estar em contato com o princípio da vida, que atravessa todo o ser e que integra e transcende a sua natureza biológica e psicossocial” (Ibidem). Por último, o bem-estar social vai de encontro com a definição de bem-estar.

Uma pessoa com elevado sentimento de bem-estar apresenta satisfação com a vida e para se alcançar este bem-estar, os mais velhos terão de alterar os seus valores anteriores que se prendiam com juventude, sucesso e felicidade, para outros valores tais como a manutenção e o desenvolvimento da vida mental e afetiva (Catarino, 2011). Neste sentido, o bem-estar corresponde a um sentimento subjetivo fazendo referência às componentes de satisfação com a vida e felicidade geral, tais como a autoaceitação, estabelecimento de relações sociais, autonomia, propósito de vida e desenvolvimento pessoal (Oliveira, 2011).

Representa assim, um estado de equilíbrio entre o ambiente que rodeia o idoso, o seu meio interno e todos os outros fenómenos pessoais, presentes a todos os níveis. Não existe um limite cronológico ou estrutural para o bem-estar de uma pessoa, tendo em conta que os processos de adaptação ao ambiente variam com a idade. Na idade avançada, mesmo evidenciando já alguma limitação física, a experiência dá lugar a uma certa sabedoria, o que facilita a adaptação e a conversão à realidade que garantem o equilíbrio (Idem). No entanto, este equilíbrio é difícil de

manter, uma vez que durante o período de envelhecimento podem surgir problemas ligados ao isolamento, à solidão, ao luto e à reforma.

Para se obter um estado de bem-estar é necessário que cada pessoa utilize estratégias que lhe possibilite viver com a sua condição de saúde, num processo adaptativo que, face à idade, lhe permita cumprir as suas atividades físicas, mentais e sociais. Neste conceito devem ser considerados três aspetos: a subjetividade, uma vez que o bem-estar reside dentro da experiência da pessoa; o bem-estar não é apenas a ausência de fatores negativos, mas também a presença de fatores positivos; e por último o bem-estar é abrangente não se limitando apenas a um aspeto da vida (Catarino, 2011). Este autor apresenta um modelo multidimensional de bem-estar composto por seis aspetos do funcionamento psicológico positivo: avaliação positiva de si mesmo e do período anterior de vida (auto-aceitação), um sentido de crescimento contínuo e desenvolvimento como uma pessoa (crescimento pessoal), acreditar que a vida possui objetivo (sentido) e significado (sentido de vida), possuir relações de qualidade com outros (relações positivas com outros), capacidade de manejar efetivamente a vida e o mundo ao redor (domínio do ambiente), e sentido de autodeterminação (autonomia).

No último período de vida, quando existe uma debilidade a nível da saúde e dificuldades nas atividades de vida diárias surge a probabilidade de depressão, angustia e baixos níveis de bem-estar. Estes aspetos vão interferir nas relações sociais e na autonomia, resultando assim, em prejuízo para a saúde emocional. Assim sendo, um bom nível de saúde física promove o bem-estar e uma saúde mental positiva, incluindo a preservação da autonomia, de crescimento pessoal e de capacidade de manter relações positivas com os outros (Catarino, 2011).

CAPÍTULO III

O CUIDAR DO IDOSO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Cuidar é o ideal da Enfermagem que tem como objetivo major a proteção, a promoção da humanização e a preservação da dignidade humana nomeadamente dos valores, princípios, padrões culturais e experiências individuais que não podem ser objetivados nem considerados isoladamente, valorizando desta forma as competências deontológicas. É um compromisso que privilegia a interação com o outro e tem como foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste sentido, a saúde ao deixar de ser centrada na biologia, exige formas de pensar e respostas aos problemas integrados nos problemas de cada um.

1. PARA UM ENVELHECER BEM-SUCEDIDO - O CUIDAR É FUNDAMENTAL

A Enfermagem é detentora de um corpo de conhecimentos que tem na sua essência o cuidar, baseado numa relação interpessoal, estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa, família ou comunidade. Esta interação leva à compreensão do outro na sua singularidade, permitindo estabelecer diferenças entre as pessoas e, assim, a prestarem-se cuidados de enfermagem de forma individualizada. Segundo Collière (2002, p.235) “Cuidar é um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas é, igualmente, um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades (...)”. Este cuidar não pode ser inespecífico, mas sim um interesse particular requerido pela singularidade da existência do outro (Hesbeen, 2000). Esta premissa vai de encontro ao referido por Collière (2002, p.24) que afirma que o cuidar é sobretudo um processo de descoberta, onde importa “situar o outro, e situar-se a si própria como pessoa a exercer uma função de cuidados”, procurando perceber a razão que leva à dependência, para poder atuar em complementaridade com o que o outro “ainda não sabe fazer, não pode, já não pode, ou então pode fazer com suporte e ajuda.” (Ibidem). Partindo do princípio de que o cuidar do corpo humano exige, necessariamente, um olhar para a dimensão total do ser, inclusive da sua essência existencial, torna-se imprescindível para a Enfermagem, uma maior consciencialização acerca do importante papel que desempenha ao interferir no espaço familiar/comunitário das pessoas idosas.

O termo cuidar reveste-se de uma multiplicidade de características e de interações com a finalidade de melhorar ou manter as potencialidades da pessoa no seu processo saúde/doença. Os cuidados, em particular aos idosos, revestem-se de uma complexidade com características próprias e específicas, devendo concretizar-se de forma holística. Segundo Berger e Mailloux-Poirier (1994, p.14) “a filosofia de intervenção que suporta a assistência de enfermagem é o respeito pelo idoso em toda a unicidade, na totalidade do seu ser”. Por outro lado, Hesbeen (2001, p.42) considera que “cuidar da pessoa, constitui um todo coerente e indivisível no qual todos os componentes se interligam, se interrelacionem e no qual o que é importante e o que é secundário depende da perceção da própria pessoa que é cuidada e em função do sentido que este todo faz para a singularidade da sua vida”.

Partindo deste pressuposto podemos dizer que cuidar da saúde é algo complexo. Pois a saúde depende do percurso de vida de cada pessoa e engloba todos os seus antecedentes socioculturais, bem como a sua constante relação com o meio em que está inserido. Deve ser encarada como uma qualidade dinâmica de vida e não como uma entidade estática, pois a saúde é o resultado da interação de vários fatores e condições, uma vez que as pessoas não podem ser rigidamente separados em sadios ou em doentes. O ser humano é único, indivisível e tem de ser considerado sob o ponto de vista bio-psico-social, resultando a sua saúde da triangulação destas três componentes. A Ordem dos Enfermeiros (OE), (2001, p.6) considera a saúde como “um

estado e simultaneamente uma representação mental da condição individual, controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual”. Deste modo, é privilegiada a posição do indivíduo relativamente ao seu estado de saúde, bem como a sua percepção relativamente ao mesmo.

A prestação de cuidados de saúde, implica uma constante qualidade e melhoria contínua, segurança, equidade, eficiência, racionalização, visão do futuro e inovação constante, evidenciando a necessidade crescente de encarar a saúde numa perspetiva de gestão, focada nos ganhos em saúde, na contenção de gastos desnecessários, centrada no cidadão, no empoderamento do mesmo, e como tal nas necessidades reais deste, tendo em conta a sua irredutível ligação ao outro, que transforma essa necessidade numa necessidade coletiva, num bem comum (Sakellerides, 2009).

Nesta conceção, tem-se como instrumento, a Educação em Saúde, que materializa a melhoria da autoestima, e incrementa os conhecimentos, de modo a permitir as possibilidades de escolha da pessoa. Assim, pode-se pensar a Educação em Saúde como instrumento de promoção.

2. O ENVELHECIMENTO – UMA PREOCUPAÇÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE

O aumento da esperança de vida, que acarreta igualmente um aumento das doenças crónicas, torna o envelhecimento da população num problema social. Neste sentido, deve ser dada atenção especial ao envelhecimento, tanto pelos profissionais de saúde, como por toda a população em geral, uma vez que estão envolvidas várias dimensões, desde a acessibilidade aos cuidados de saúde, o isolamento geográfico e/ou social, o aumento do número de famílias com recursos escassos e inclusive as repercussões do envelhecimento nos seus familiares.

Intervir na pessoa idosa passa pela intervenção intersectorial, pela comunhão e partilha de saberes de uma equipa multidisciplinar que permita a diversidade de cuidados capazes de traduzir eficiência, eficácia e efetividade, refletindo o que realmente se espera dos serviços – excelência. E como nos refere Carvalho (2008, p.73) citando o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) para aí chegar “seria mais adequado que todas as reestruturações, intervenções e requalificações que o Ministério da Saúde está a levar a cabo nos cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados fizessem parte de um plano local de infraestruturas de saúde, segundo uma gestão local integrada, com a definição de prioridades e a participação dos vários atores locais...”, permitindo que as comunidades tomassem decisões e assumissem responsabilidades, evidenciando intervenções nos cidadãos, e assim garantir o “empoderamento” individual e comunitário, com vista no bem-estar das populações, na proteção do meio ambiente e na reorganização e reorientação dos serviços de saúde, tendo por base uma cidadania informada capaz de intervir na saúde e para a saúde como bem comum.

A abordagem do enfermeiro deve ser centrada nesta aquisição de autonomia perante uma vigilância permanente e contínua, bem como na escolha de hábitos de vida saudáveis. É neste sentido que a promoção da saúde surge, como intervenção fulcral nas mais diversas áreas de ação do Enfermeiro nomeadamente no contexto comunitário. A Promoção da Saúde consiste num processo de capacitar as pessoas para gerirem a sua saúde e de a melhorarem a fim de atingirem um estadio de completo bem-estar a todos os níveis (físico, mental ou social, individual ou comunitário) (OMS, 1987). Implica pois uma intervenção na comunidade, criando prioridades, planeando ações e implementando as estratégias de forma a atingir melhor saúde. Na Carta de Ottawa (OMS, 1987), marco teórico para o campo da Promoção da Saúde, refere que é necessário proporcionar meios para que a pessoa se empodere ou seja, obtenha o controlo da sua vida. Para isso devem ser facilitados meios para que as pessoas possam desenvolver o seu potencial de saúde, de forma assumir o controlo daquilo que determina seu estado de saúde (Buss, 2000).

As comunidades desenvolvem-se a partir dos seus recursos materiais e humanos, reforçando a participação pública e unindo-se no sentido da resolução dos problemas de saúde. A promoção da saúde pressupõe pois o desenvolvimento pessoal e social, através do conhecimento, da educação para a saúde e reforço das competências que capacitem para uma vida saudável. Deste modo, as

populações ficam habilitadas para fazer opções sadias e assim controlar a sua saúde e o meio ambiente, preparando-as para as diferentes etapas da sua vida, incluindo o envelhecimento.¹⁰ Os comportamentos de saúde das pessoas e em especial dos idosos, podem ser influenciados por toda uma conjuntura que, pode passar por atitudes, hábitos, sentimentos ou valores que caracterizam o estilo de vida de cada pessoa. Costa e Lopez (1986) definem a promoção da saúde como um processo abrangente, através do qual os indivíduos e comunidades aperfeiçoam o controlo sobre o que pode afetar a sua saúde, sejam determinantes sociais ou ambientais. De forma específica é referido por Correia, Dias, Coelho, Page e Vitorino (2001, p.76) que, “nos cuidados de saúde primários, a enfermagem integra o processo de promoção da saúde e de prevenção da doença, evidenciando-se as atividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade”. Também a OE, (2001, p.12) nos padrões de qualidade, destaca como elementos relevantes face à promoção da saúde:

(...) a identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente/família e comunidade; a criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados; a promoção do potencial de saúde do cliente através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento; o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente.

A promoção da saúde pressupõe a implementação e manutenção de comportamentos que para além de saudáveis podem potenciar as capacidades dos indivíduos, sejam elas funcionais, físicas, psicológicas ou sociais, o que vai de encontro às necessidades das pessoas idosas (Marin, 1996). Pressupõe assim, uma abordagem globalizante, que induz a pessoa a escolher e adotar comportamentos capazes de refletir ganhos em saúde pela diminuição de riscos, propiciando ao indivíduo sentimentos de bem-estar relacionados com esta escolha (Tones, 1998). Um indivíduo informado apresenta-se com motivação, conhece o decurso da sua situação de saúde vs doença, tem aptidões e confiança necessárias para aceitar e assumir o seu papel de idoso na sociedade. No que concerne ao envelhecimento, tudo isto deve ser tomado em conta, mas devem ser ponderadas novas formas de prestação de cuidados de saúde, que não permaneçam enraizadas no modelo biomédico, que permitam uma visão holística do problema, e consequentemente, prestar mais e melhores cuidados aos idosos, frente às necessidades destes e como eles próprios as definam.

De facto, o Enfermeiro tem a função de “promover a autonomia da pessoa, acompanhá-la e dar-lhe apoio em todo o seu processo de tomada de decisão, que competirá, contudo, aos utentes definir” (Morais & Viana, 2003, p. 45). Segundo Stanhope e Lancaster (1999, p.40), “as pessoas são educadas para usarem os seus conhecimentos, atitudes e capacidades em atividades que

¹⁰ (http://www.saudepublica.web.pt/05-promocaosaude/Dec_Ottawa.htm)

melhorem a saúde para eles próprios, para as suas famílias e vizinhos”. Neste sentido a pessoa é responsável pela sua saúde, tomando consciência do que realmente é benéfico para si, sendo que o Enfermeiro o orientará/sensibilizará neste sentido, de forma a aumentar o nível de conhecimentos. Assim sendo, a par da responsabilidade do utente, coexiste a responsabilidade dos Enfermeiros em primar pela criação de meios necessários para que a comunidade adote estilos de vida saudáveis.

3. O PAPEL DO ENFERMEIRO DE SAÚDE COMUNITÁRIA – PARA UMA PARTICIPAÇÃO EFETIVA DO IDOSO NA SOCIEDADE

A enfermagem nos últimos anos sofreu uma evolução significativa ao nível do conhecimento científico e da formação, ao nível tecnológico, bem como ao nível da filosofia dos cuidados. Os desafios que se colocam hoje aos Enfermeiros, baseiam-se sobretudo na complexidade das condições de saúde e doença que implicam uma abordagem interdisciplinar, transpondo a área da saúde, o que obriga a um verdadeiro trabalho em equipa e à utilização da criatividade para contornar esses obstáculos. Neste sentido, os cuidados de saúde adquirem uma complexidade crescente, exigindo cada vez mais dos profissionais de saúde, nomeadamente dos Enfermeiros. Estes são solicitados a exercer um papel proactivo, a inovar e a criar (Hesbeen, 2001). É preciso procurar um novo caminho que permita a ligação entre os vários prestadores de cuidados, nas várias dimensões dos mesmos, de forma a facilitar a aplicação de intervenções integradas.

Se por um lado, no passado, os cuidados de saúde têm sido prestados com base em aspetos fracionados dos cuidados, como sejam, consultas, internamentos ou no âmbito dos cuidados domiciliários, funcionando mais ou menos isolados uns em relação aos outros e tendo como centro de atenção a doença num contexto específico, por outro, atualmente, verifica-se que existe uma mudança profunda dentro das estruturas organizacionais da saúde, quer do ponto de vista tecnológico, quer relacionado com as novas filosofias de prestação de cuidados e novas formas de gestão da doença.

Os cuidados de saúde primários são o pilar de todo o sistema de saúde. De acordo com a Resolução do Conselho de ministros n.º 86/2005, os Centros de Saúde são o ponto de proximidade do cidadão com o sistema prestador de cuidados, e como refere a OMS (1985), o reforço dos cuidados de saúde primários é prioridade no desenvolvimento da estratégia da saúde para todos e na sustentabilidade de sistemas de saúde com base na universalidade e equidade. É fundamental evidenciar que é nos mesmos que se pode contribuir para melhor alcançar os princípios da eficiência e eficácia na prestação de cuidados de saúde, tendo em conta a qualidade de vida da pessoa.

As alterações no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e o aumento da incidência das doenças crónicas, refletem assim, novas necessidades de saúde, reforçando a importância da capacidade de resposta na resolução dos problemas colocados pelos cidadãos, no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica.

Urge intervir de forma holística considerando que a Saúde e a Doença já não são mais e apenas uma questão do indivíduo, mas sim da sociedade, como tal, é fundamental promover a orientação dos profissionais de saúde, nomeadamente dos Enfermeiros, baseada numa formação que permita conhecer melhor a pessoa e ter uma ação terapêutica a nível individual, familiar, comunitário e social (Soutelo, 1986). Tal como nos refere Sakellarides (2009, p. 95) “é fundamental, um exercício relacional, de planeamento conjunto...que todos os interessados procuram contribuir para melhorar o desempenho das organizações de saúde que lhe dizem

respeito.”, demonstrando um caminho e um novo rumo. Soutelo (1986, p.19) evidencia que “... a necessária mudança no sistema de saúde deve envolver a formulação de novos modelos conceituais, a criação de novas instituições e a implementação de novas políticas.”

O enfermeiro especialista, nomeadamente, em comunitária, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), garantindo efetivos ganhos em saúde. Baseando-se no trajeto de formação especializada possui competências que lhe permite participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades na consecução de projetos de saúde coletivos e ao exercício da cidadania (Decreto-lei n.º 128/2011).

A Enfermagem Comunitária assume hoje um papel de grande relevância na saúde dos indivíduos e das comunidades, tornando a promoção de saúde mais acessível às populações, e promovendo a sua participação, individual e coletiva, no planeamento e aplicação dos cuidados de saúde, tornando-os assim mais eficazes. É mais do que um trabalho a fazer para a comunidade, é um trabalho a fazer com a comunidade, com vista ao maior nível de saúde possível da mesma, salientando-se assim o empowerment das comunidades no sentido de assumirem o controlo dos seus próprios esforços e destinos.

PARTE II
DA PROBLEMÁTICA À METODOLOGIA

1. PROBLEMATICA E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Nas últimas décadas, como temos referido ao longo deste estudo, tem-se verificado um aumento progressivo da população idosa, marcado essencialmente pelo aumento da esperança de vida, mas também pela redução dos índices de natalidade, a melhoria das condições de vida e os avanços da medicina. O envelhecimento da população, numa sociedade em constante mudança e desenvolvimento, acarreta implicações sociais, económicas e políticas (Coimbra, 1999).

Salientamos que o envelhecimento é um processo complexo onde intervêm fatores biológicos, sociológicos, económicos e culturais, num sistema que envolve indivíduos, a sociedade e o meio ambiente.

As atitudes face aos idosos têm sofrido variações ao longo dos tempos, de acordo também com os valores e contextos económicos, filosóficos e religiosos da sociedade em que se insere (Caldas et. al, 1999).

Segundo o estudo de Minkler (1985) sobre a relação entre o apoio social e o envelhecimento, existem três acontecimentos que geram stress no processo de envelhecimento, nomeadamente, o luto, a reforma e a saída do lar. Neste sentido e conforme refere Whitaker (2007), a sociedade precisa de ser educada para compreender o envelhecimento.

Também Fernández-Ballesteros (1993) refere que um dos aspetos mais marcantes nesta fase da vida é a ausência da atividade laboral, conduzindo a um sentimento de inutilidade e a uma inatividade, repercutindo-se negativamente no bem-estar do idoso.

Rubenstein e Shaver (1982, citado por Neto, 2000) obtiveram através de um inquérito realizado à população em geral, um conjunto de quatro sentimentos que as pessoas referiam sentir quando se encontravam sós, tais como: desespero, depressão, aborrecimento e auto depreciação.

Savikko et al. (2005), citado por Fernandes (2007), num estudo que realizaram na Finlândia, subordinado à temática “Análise da prevalência da solidão” com uma amostra de 3915 pessoas idosas com idade igual ou superior a 75 anos, demonstraram que 39% da amostra referia sentimentos de solidão, sendo que 5% sofria de solidão frequentemente ou sempre. A sensação subjetiva de solidão, era geralmente mais sentida entre os idosos mais velhos que viviam em zonas rurais, do que entre os que viviam nos centros urbanos.

O estudo efetuado por Melo e Neto (2003), em Portugal, contraria o estudo de Savikko et al., tendo estes autores verificado que no meio rural o idoso tem um nível de vida melhor com maior bem-estar. O idoso é mais autónomo, ainda trabalha e todos são mais ou menos conhecidos entre si.

Também em Portugal, Reis e Fradique (2001) citados por Reis (2005) realizaram um estudo com o objetivo de conhecer se existiam divergências nos processos de saúde e doença. Os achados deste estudo revelaram que cerca de 20% dos idosos destacaram o isolamento social e a solidão como causa de doença.

Partindo destas conclusões de estudos, emerge a necessidade de um debruçar atento sobre as perceções dos idosos, sentidas e refletidas de modo diferente pelas pessoas, inseridas no seu ambiente rural.

Salientamos que o ponto de partida de uma investigação consiste numa situação considerada como problema, isto é, que desencadeia uma inquietação, que exige uma explicação ou uma melhor compreensão do fenómeno observado. Diers (1979) citado por Fortin (2009, p. 66), refere que “um problema de investigação é uma situação que necessita de uma elucidação ou de uma modificação”. Assim, a escolha de um problema de estudo, não deve ir só de encontro às inquietações pessoais mas mais além, estas devem ir de encontro com a sua pertinência na atualidade e com os contributos para a prática da Enfermagem (Idem).

Neste sentido, não restam dúvidas que a intensidade do envelhecimento, os aspetos que envolve, assim como os novos desafios e oportunidades que se deparam numa sociedade cada vez mais constituída por pessoas mais velhas, tornam este tema sempre atual. Acresce que o processo de envelhecimento provoca alterações na vida quotidiano das pessoas, exigindo uma adaptação a novas situações e vivências que levam frequentemente ao isolamento e à perda de relações sociais, pelo que a construção de uma velhice com mais saúde e qualidade de vida exige uma análise multidimensional e uma intervenção multiprofissional dos profissionais de saúde.

O enfermeiro atua ao longo do ciclo vital na promoção da saúde, na prevenção da doença e reabilitação, prestando cuidados às pessoas, sendo um agente facilitador para que as pessoas, famílias e grupos desenvolvam competências para um agir consciente quer em situações de crise quer em questões de saúde/doença.

Quanto às questões pessoais, a opção pelo estudo da solidão nas pessoas idosas, relaciona-se com o facto, da investigadora exercer a sua atividade profissional numa instituição de idosos e, através dos discursos destes, constatar a manifestação de sentimentos de solidão, sendo muitas vezes este referido como um dos motivos para o ingresso na instituição. A escolha pelo concelho de Monção prende-se com o facto de se tratar de uma comunidade rural do interior Norte, com um elevado índice de envelhecimento populacional. Além disso, a investigadora é natural deste concelho e exerce aí funções, pelo que se reúnem fatores que facilitem a acessibilidade na colheita de dados, quer por uma questão de gestão de tempo, quer por se tornar num aspeto facilitador da aceitação por parte dos idosos em aderir à investigação.

Para a identificação dos idosos residentes neste concelho, foi solicitada a colaboração da junta de freguesia de Monção que, gentilmente, cedeu a listagem com todas as pessoas, com sessenta e cinco e mais anos, recenseadas. Tendo em conta que se tratava de um número elevado de idosos (786 pessoas com 65 e mais anos recenseadas), foi pedida a colaboração a uma residente no concelho, que detém grande conhecimento da população, por ser uma presença assídua nos atos religiosos e por se tratar de uma ministra da comunhão.

Consciente que esta área de estudo não é de todo fácil por se tratar de um tema com carácter subjetivo, torna-se aliciante, no sentido em que se conhece a perceção dos idosos acerca da solidão, ou seja, a forma como cada idoso identifica, caracteriza e vivência a solidão. Neste sentido,

pretende-se com este estudo contribuir para uma prática clínica mais humana, minimizando os efeitos da solidão e potencializando uma velhice bem-sucedida.

Para o presente estudo foi enunciada a seguinte questão de investigação: ***Que implicações têm a solidão nos idosos para potencializar uma velhice bem-sucedida?*** Questão esta, que segundo a Fortin (2009, p. 67) “(...) vem precisar o ângulo sob o qual o tema em estudo será considerado”.

Foram ainda formuladas outras questões orientadoras do estudo:

- Qual a relação/comunicação idoso-família?
- Qual o conceito que o idoso tem de solidão?
- Qual o impacto da solidão na pessoa idosa?
- Quais as causas que levam ao isolamento social?
- Qual o sentido que a vida tem para o idoso?
- Quais as estratégias que o idoso utiliza para minimizar a solidão?

Com o propósito de dar resposta às questões formuladas, definimos o seguinte objetivo geral:

Perceber as implicações da solidão nos idosos para potencializar uma velhice bem-sucedida.

Compreender esta realidade inclui os seguintes objetivos específicos:

- Identificar o conceito de solidão na perspetiva do idoso;
- Identificar o impacto que a solidão tem na pessoa idosa;
- Identificar os aspetos que levam ao isolamento social;
- Identificar o projeto pessoal do idoso perante a solidão;
- Identificar as estratégias utilizadas pelos idosos para minimizar a solidão;
- Identificar, junto do idoso, a sua perceção relativamente à relação/comunicação

estabelecida com a sua família.

Assim partiu-se para a fase exploratória do estudo através da realização de onze entrevistas semiestruturadas.

2. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Para a consecução deste estudo, tendo em conta as suas características, a opção metodológica centrou-se numa **abordagem qualitativa**, assente no paradigma compreensivo.

A escolha por esta abordagem qualitativa deve-se ao facto que se pretende compreender o significado do fenómeno e analisar os dados de uma forma indutiva, em que a fonte direta dos dados é o ambiente natural. Segundo Fortin (1999, p.148), uma abordagem qualitativa “preocupa-se com a compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo. (...) o investigador observa, descreve, interpreta e aprecia o meio e o fenómeno tal como se apresenta sem procurar controlá-los”, não se colocando como perito, dado que se trata de uma nova relação sujeito-objeto.

No que concerne ao método de investigação, a escolha recaiu no **estudo de caso**, pois este consiste num exame aprofundado de um fenómeno ligado a um indivíduo, família ou grupo, indo de encontro ao que se pretende estudar. É considerado menos limitado, ou seja mais aberto, menos manipulável, portanto menos controlado e mais real (Lessard-Hérbert, Goyette & Boutin, 1990). O estudo de caso pode “aumentar o conhecimento que se tem de um indivíduo ou de um grupo e formular hipóteses a este propósito, ou estudar as mudanças suscetíveis de se produzirem ao longo do tempo no indivíduo ou no grupo” (Fortin, 2009, p. 241). Neste tipo de estudo, segundo Lessard-Hérbert et. al (1990, p. 169), o investigador está pessoalmente implicado na medida em que “(...) aborda o seu campo de investigação a partir do interior”.

Tendo por base a problemática em causa, considerou-se ser este o tipo de estudo mais adequado uma vez que se pretende perceber as implicações que a solidão causa nos idosos.

2.1. Terreno de pesquisa

Para este estudo foi selecionada uma comunidade rural do Alto Minho, mais propriamente do concelho de Monção.

A escolha de uma freguesia central, a vila de Monção, sede de concelho, prende-se com o facto de não existirem limitações de acessibilidade, quer a nível de transportes, quer de atividades de lazer e de distração disponíveis aos seus moradores.

O concelho de Monção, localizado na NUT III - Minho-Lima, encontra-se limitado a norte pela Espanha, tendo o Rio Minho como fronteira, a leste pelo concelho de Melgaço, a sul pelos Arcos de Valdevez, a sudoeste por Paredes de Coura e a oeste por Valença. Este concelho é constituído por 33 freguesias sendo: Abedim, Anhões, Badim, Barbeita, Barroças e Taias, Bela, Cambeses, Ceivães, Lapela, Lara, Longos Vales, Lordelo, Luzio, Mazedo, Merufe, Messegães, **Monção**, Moreira, Parada, Pias, Pinheiros, Podame, Portela, Riba de Mouro, Sá, Sago, Segude, Tangil, Troporiz, Troviscoso, Trute, Valadares e Cortes, distribuídas por 212 Km² predominantemente rurais e cuja densidade demográfica é de 92,4 habitantes por Km². Residem neste concelho, de acordo com os Censos 2011, 19.179 pessoas, das quais 8.693 são homens e 2.482 são menores

de 18 anos ¹¹. Segundo informação oral da secretária e de um vogal da junta de freguesia de Monção, no ano de 2012, encontravam-se recenseados, nesta mesma freguesia 786 pessoas com 65 e mais anos.

No que respeita à cultura é de assinalar, a festa do Corpo de Deus (entre Maio e Junho), a festa do Concelho e a festa da Freguesia de Monção em honra à Virgem das Dores, que se realiza no mês de Agosto. De ressaltar ainda a feira do alvarinho, onde se concentra artesanato local, mais propriamente as peças de linho, degustação de alvarinho e gastronomia local.

No que respeita à acessibilidade rodoviária esta é assegurada por autocarros, no entanto existem freguesias que não tem transporte público ou se o têm é em dias pontuais da semana, como por exemplo nos dias de feira - Quinta-Feira. Este concelho não é abrangido pelo comboio, distando a estação mais próxima – Valença - a cerca de 16 Km.

Relativamente a atividades de lazer existe uma ecopista, cujo percurso é o antigo trajeto da linha férrea, entre Monção e Valença do Minho, uma biblioteca e uma piscina municipal e umas Termas com água medicinal indicada para doenças articulares, da pele e das mucosas, mialgias e nevrites, problemas cardiovasculares, respiratórios e gastrointestinais e ainda funciona como SPA. Como recursos na comunidade existe um Centro de Saúde, uma Unidade de Cuidados Continuados (com valência de Média Duração e Reabilitação e Longa Duração e Manutenção), pertencente à Santa Casa da Misericórdia de Monção (SCMM), seis lares de terceira idade localizados nas freguesias de Monção, Troviscoso, Barbeita, Podame e Merufe e seis centros de dia, localizados nas freguesias de Messegães, Podame, Pias, Barbeita e Merufe. Relativamente ao apoio domiciliário, este é assegurado pela SCMM, pelo lar de Barbeita, Pias, Podame e Merufe e ainda pela Cruz Vermelha. De ressaltar que existe ainda uma universidade sénior, cujas instalações são na Escola Profissional do Alto Minho Interior (EPRAMI).

2.2. Instrumento de recolha de dados

A seleção do instrumento de colheita de dados depende essencialmente da “natureza do problema em estudo, bem como dos objetivos do estudo, do nível de conhecimentos que o investigador possui acerca das variáveis, da possibilidade de obter medidas apropriadas às definições conceptuais, da validade e da fidelidade dos instrumentos de medida (...)” (Fortin, 1999, pp.134-135).

Para a realização deste estudo, foi utilizada a entrevista semiestruturada, pois permite seguir o raciocínio dos participantes, facilitando a expressão das experiências vividas pelos mesmos. Esta “é um modo particular de comunicação verbal que se estabelece entre o investigador e os participantes com o objetivo de colher dados relativos à questão de investigação formulada” (Fortin, 1999, p.245).

Neste tipo de entrevista, o investigador exerce algum controlo sobre o conteúdo e o desenrolar da entrevista, sendo que apesar das linhas orientadoras previamente determinadas, o entrevistado tem alguma liberdade de expressão.

¹¹ http://www.cm-moncao.pt/portal/page/moncao/portal_municipal/municipio/DADOS_ESTATISTICOS

O guião da entrevista (apêndice 1) foi construído pela investigadora, seguindo-se a realização de três entrevistas pré-testes com o objetivo de familiarização com o guião, aperfeiçoamento e ajuste aos objetivos e validação do instrumento. Posto isto, deu-se início à recolha de dados que foi desenvolvida nos meses de maio e início de junho de 2012.

Durante a investigação todos os participantes demonstraram interesse e vontade em participar, após serem informados do estudo a realizar.

A estratégia utilizada na colheita de dados requer a existência de uma relação próxima e pessoal com os participantes, pelo que, como já referido anteriormente, uma residente no concelho e conhecedora da população, apresentou a investigadora no sentido de estabelecer um elo de ligação e de confiança, uma vez que os entrevistados referiam sentir receio em receber na sua casa uma desconhecida. Criada esta empatia entre a investigadora e o entrevistado, estes não hesitaram em abrir as portas de sua casa e da sua vida.

Procedeu-se à gravação das entrevistas com consentimento do entrevistado. Cada entrevista durou em média cerca de 25 minutos. Estas foram efetuadas individualmente, num espaço calmo, privado, agradável, onde a probabilidade de interrupção foi mínima. Foram realizadas, na sua totalidade, no domicílio do idoso, onde também foi percecionado o seu meio envolvente, desde a presença de meios audiovisuais, animais de estimação, entre outros.

2.3. Sujeitos do estudo – caracterização

A seleção dos participantes no estudo foi realizada pela investigadora com base na informação obtida na Junta de Freguesia de Monção e pela aplicação de critérios de inclusão e exclusão. Incluem-se para este estudo pessoas com sessenta e cinco e mais anos, independentemente da sua classe social, que vivam no domicílio, com ou sem familiares e que residam na freguesia de Monção (comunidade rural). Excluem-se os idosos institucionalizados, ou que se encontrem em casas/famílias de acolhimento e que residam fora desta mesma freguesia.

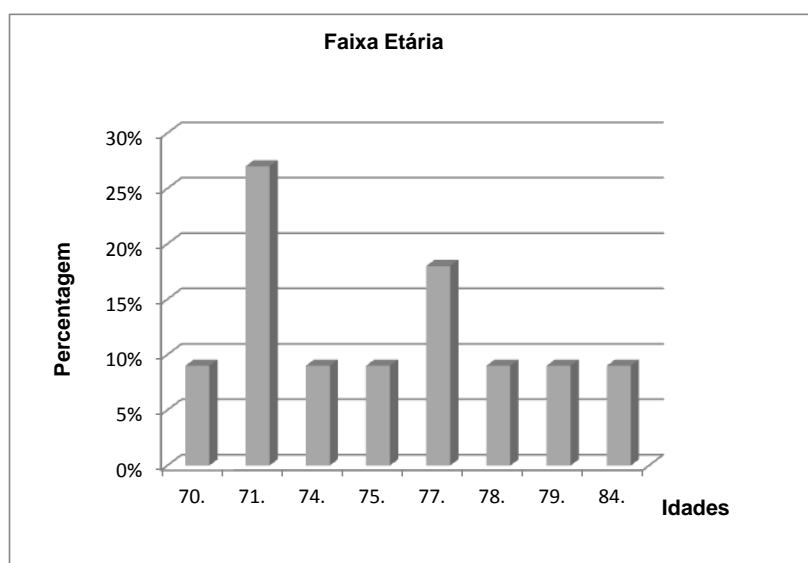
Dos idosos que cumpriam os critérios de inclusão fez-se uma primeira abordagem no domicílio, no sentido de apresentar a investigadora e assim criar um elo de empatia e confiança e também para obter o consentimento informado para a realização das entrevistas semiestruturadas. Todos se mostraram disponíveis a participar no estudo, pelo que, após saturação de dados, se deu por terminada a colheita de dados. Assim, os idosos incluídos no estudo são onze, e de seguida passamos à sua caracterização.

Os idosos entrevistados, têm idades compreendidas entre os 70 e os 84 anos, como se pode verificar na tabela 1 e no gráfico 4, que apresentamos de seguida.

Tabela nº 1 – Distribuição dos participantes do estudo quanto à faixa etária

Idade	Nº	%
70	1	9%
71	3	27%
74	1	9%
75	1	9%
77	2	18%
78	1	9%
79	1	9%
84	1	9%
Total	11	100

Gráfico nº 4 – Distribuição dos participantes do estudo quanto à faixa etária

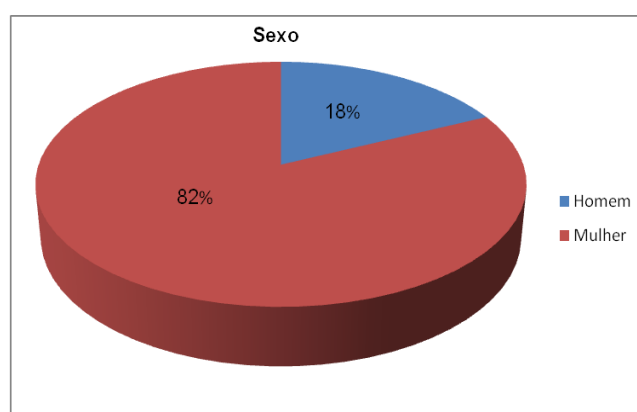


No que respeita ao género, verifica-se mediante a leitura da tabela 2 e do gráfico 5, que os idosos que participaram neste estudo são cerca de 82% (9) do sexo feminino e 18% (2) do sexo masculino.

Tabela nº 2 – Distribuição dos participantes do estudo quanto ao sexo

Sexo	Nº	%
Mulher	9	82
Homem	2	18
Total	11	100

Gráfico nº 5 – Distribuição dos participantes do estudo quanto ao sexo

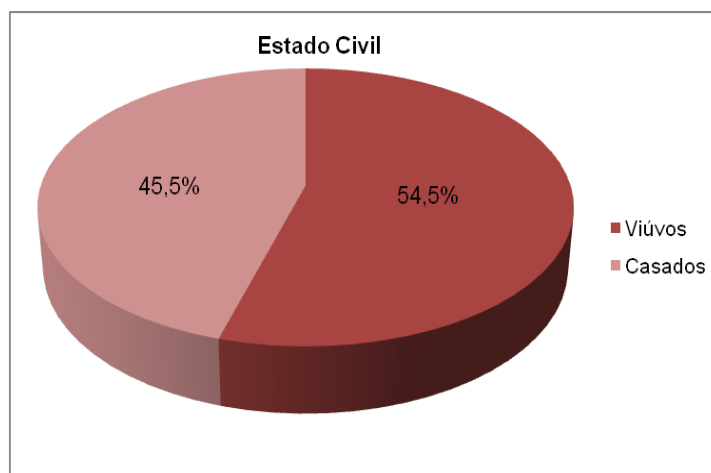


Através da observação na tabela 3 e no gráfico 6, verificamos que 54,5% (6) dos idosos que participaram neste estudo são viúvos e como tal vivem sozinhos e 45,5% (5) são casados e vivem com o respetivo companheiro (a).

Tabela nº 3 – Distribuição dos participantes do estudo quanto ao estado civil

Estado civil	Nº	%
Viúvos	6	54,5
Casados	5	45,5
Total	11	100

Gráfico nº 6 – Distribuição dos participantes do estudo quanto ao estado civil



Dos idosos entrevistados 82% (9) da população têm filhos e 18% (2) não tem filhos, por opção ou por falecimento do único filho. Relativamente à proximidade de familiares 90,9% (10) tem familiares próximos, num máximo de 7/8 Km e 100% (11) dos idosos têm convivência com familiares, pessoalmente ou através de contatos telefónicos e apresentam também contato com vizinhos.

No que respeita à atividade laboral 36,4% (4) dos idosos mantêm ainda atividade laboral, como técnico oficial de contas, cabeleireira, gestora de um hotel de turismo rural e na agricultura.

Quanto ao grau de ensino frequentado, 18% (2) não frequentou a escola, no entanto, sabem assinar ou sabem ler e escrever.

3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Aquando da realização de um estudo de investigação, e neste caso em particular da aplicação de uma entrevista, é necessário ter em conta algumas questões éticas, no sentido em que os entrevistados devem ser protegidos, realçando o direito à autodeterminação, o direito à intimidade bem como o direito ao anonimato e à confidencialidade (Fortin, 1999).

Antes de iniciar este estudo foi solicitada autorização à comissão de ética da unidade local de saúde do Alto Minho (ULSAM) para realização do mesmo (apêndice 2) tendo sido o seu parecer positivo (anexo 1).

O direito à autodeterminação consiste na decisão livre sobre a sua participação ou não numa investigação, enquanto pessoa autónoma, pelo que nenhum meio coercivo ou psicológico foi utilizado para influenciar a decisão do sujeito. No que respeita à intimidade, a pessoa partilhou informações íntimas que a investigadora se empenhou e empenhará para proteger. Salientar ainda que, nenhum participante será identificado, sendo respeitada a identidade do idoso, pelo que as suas repostas individuais não serão em nenhuma circunstância associadas ao mesmo.

Para proceder ao desenvolvimento do estudo, após a explicação aos participantes dos objetivos do estudo, a investigadora obteve, por parte dos idosos, um consentimento livre e esclarecido (apêndice 3). Assim sendo, o consentimento informado diz respeito à informação que o participante possui acerca da investigação, sendo capaz de interpretar a informação de que dispõe de forma a poder optar livremente por participar ou não na investigação (Fortin, 1999).

Só após assinarem o consentimento informado foi dado início à entrevista bem como à sua gravação.

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo pretende apresentar a análise dos resultados, efetuada através da análise de conteúdo às entrevistas realizadas aos idosos.

Foram efetuadas onze entrevistas que constituem o corpo da análise. Estas serão identificadas através de uma letra (E) e de um número (1 a 11), respetivamente pela ordem de realização das entrevistas, com o intuito de nunca identificar o entrevistado.

Os dados recolhidos, tendo em conta os objetivos e a natureza do trabalho, foram tratados através da análise de conteúdo. Segundo Bardin (2008, p.44), a análise de conteúdo aparece como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”, permitindo organizar, sintetizar e fornecer estrutura aos dados, tentando compreender a importância dada pelos participantes aos temas abordados.

Assim, após a transcrição e leitura das entrevistas (apêndice 4), procurou-se encontrar temas, de forma a construir o corpo da análise temática e categorial.

Na análise de conteúdo podem ser utilizadas várias técnicas de análise. Bardin (2008) destaca a análise categorial, a análise de expressão, a análise de enunciação, a análise proposicional do discurso, a análise de avaliação e a análise de relações. Optou-se pela análise categorial por se adequar mais a este estudo. Segundo a autora supra-citada, trata-se de uma operação de classificação de elementos, constituídos por diferenciação e, seguidamente por reagrupamento com critérios previamente definidos (Idem).

As categorias são classes que reúnem unidades de registo com carácter comum sobre o mesmo título genérico. De acordo com Bardin (2008), o critério de categorização semântica agrupa os temas cujo significado seja idêntico. Destas categorias emergiram outras – as subcategorias. As subcategorias correspondem às ideias que foi possível identificar em cada categoria.

Na apresentação dos dados será utilizado o texto narrativo, a que se acrescentam os excertos das entrevistas e as tabelas sínteses, para melhor clarificar e facilitar a análise dos discursos e a interpretação dos mesmos.

A análise de conteúdo efetuada às entrevistas aos idosos fez sobressair 12 áreas temáticas, inventariadas por categorias e subcategorias (quadro 1).

Quadro nº 1- Temas, categorias e subcategorias emergentes das entrevistas realizadas

TEMA	CATEGORIA	SUB CATEGORIA
1- Percepção do idoso acerca da sua velhice	1.1. Não se considera velho(a)	<ul style="list-style-type: none"> • Mantem as atividades de vida diárias • Mantém a alegria de viver • Mantém a independência • Preserva a autoestima
	1.2. Sente-se velho(a) em certos momentos	
	1.3.Considera-se velho(a)	<ul style="list-style-type: none"> •Pensamentos recursivos sobre morte •Recordações passadas
2- Significado de envelhecimento na voz do idoso	2.1. Aparecimento de idade	
	2.2. Perda de autonomia	
	2.3. Toma de terapêutica excessiva	
	2.4.Dependência	
	2.5.Degradação física e intelectual	<ul style="list-style-type: none"> • Aparecimento de doenças incapacitantes • Aparecimento de doenças osteoarticulares • Limitações físicas • Limitações intelectuais • Perda de capacidades
	2.6. Isolamento social	
	2.7. Não satisfação das necessidades humanas básicas	
	2.8. Um estado de espírito	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza
	2.9. Morte	
	2.10.Desilusões com a vida	
3- Alterações ocorridas na vivência diária após o envelhecimento	3.1. Sentimentos de tristeza	
	3.2.Perda de horários	<ul style="list-style-type: none"> • Reforma • Tempo livre
	3.3.Depressão	
	3.4.Alterações biológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldades no andar • Problemas de saúde • Dor generalizada • Reumatismo • Perda gradual de força física

		<ul style="list-style-type: none"> •Rugas •Aumento de peso corporal
	3.5. Administração de terapêutica	
4- Influencia das relações/comunicação dos familiares no bem-estar do idoso	4.1. Positiva	<ul style="list-style-type: none"> • Proporciona Saúde • Dá alegrias • Acompanhamento na saúde • Mantém vínculo afetivo
	4.2. Negativa	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza pela ausência do filho • Medo de deixar um familiar dependente sozinho
5-. Conceito de solidão na perspetiva do idoso numa comunidade rural	5.1. Conjunto de sentimentos/emoções	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedade • Tristeza • Mal-estar • Estar sozinho(a)
	5.2. Alterações da saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Depressão • Dor • É de morrer • Doença grave
	5.3.Ausência de interações	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de ajuda • Falta de atenção • Ausência de comunicação
	5.4.Um sentir individual	
	5.5.Viver de recordações	
	5.6. Dificuldades económicas	
	5.7.Ser velho(a)	
6- Motivos que conduzem o idoso ao sentimento de solidão	6.1.Viuvez	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de amor • Falta de companhia • Estado de depressão
	6.2.Falecimento de entes queridos	
	6.3.Ausência da atividade laboral	
	6.4. Saída dos filhos de casa	
	6.5. Viver as recordações	
	6.6. Presença da noite	
7- Impacto da solidão na pessoa	7.1.Manifestações de sofrimento	

idosa	7.2.Sentimento de perda de amor	
8-Estratégias utilizadas pelo idoso no minimizar o sentimento de solidão	8.1.Atividades religiosas	<ul style="list-style-type: none"> • Curso de cristandade • Frequentar a igreja • Levar a comunhão aos doentes • Catequista
	8.2.Atividades de lazer	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidar do quintal • Compras • Convívio com vizinhos/amigos • Trabalho doméstico • Mordoma de festa da terra • Ver fotografias • Meios audiovisuais • Frequentar a universidade sénior • Conduzir • Trabalhos manuais • Leituras
	8.3.Atividade laboral	<ul style="list-style-type: none"> • Gestora de hotel de turismo rural • Florista e jardineira • Cabeleireira • Cuida de um bebé • Técnico oficial de contas
	8.4.Administração de terapêutica	
9.Necessidades do idoso para minimizar o sentimento de solidão	9.1.Afetivas	
	9.2.Laboral	
	9.3.Companhia social	<ul style="list-style-type: none"> • Conviver com jovens • Ter um animal de estimação • Manter pensamento em alguém
	9.4.Atividades de entretenimento/Lazer	<ul style="list-style-type: none"> • Dançar • Cantar • Desenhar • Partilha de saberes • Trabalhos manuais • Leitura
	9.5.Preservar o espaço	
10- Alterações no idoso que originam o sentimento de solidão	10.1.Dificuldade no andar	
	10.2. Perda de amor	
	10.3. Perda de audição	

	10.4. Perda de memória	
11- Projeto pessoal do idoso perante a solidão	11.1.Ajudar pessoas dependentes	
	11.2.Ajudar pessoas desfavorecidas	
	11.3.Ajudar a família	
	11.4.Voluntariado com crianças em risco	
	11.5.Manter atividade intelectual	
	11.6.Ter saúde	
	11.7.Manter estado de alegria	
	11.8.Viajar	
12- Sugestões apontadas pelo idoso	12.1.Continuar a viver com dignidade	
	12.2.Estabelecer relações familiares e sociais	
	12.3.Manter atividades de ocupação	<ul style="list-style-type: none"> • Ver televisão • Trabalhos manuais
	12.4.Ajudar os outros	<ul style="list-style-type: none"> • Visitar doentes • Fazer companhia

De seguida passamos a apresentar as áreas temáticas e respetivas categorias e subcategorias que sobressaíram através da análise de conteúdo realizada.

4.1. Perceção do idoso acerca da sua velhice

Na procura de compreender o que representa a velhice para o próprio, questionamos os idosos acerca da sua perceção sobre velhice. Da análise de conteúdo dos discursos dos idosos (quadro 2), sobressaíram três categorias – ***Não se considera velho(a)***, ***Sente-se velho(a) em certos momentos*** e ***Considera-se velho (a)***.

Relativamente à categoria ***Não se considera velho(a)*** os relatos dos idosos centram-se em torno de quatro subcategorias: *Mantém as atividades de vida diária*, referida por sete idosos; *Mantém a alegria de viver*, identificada em dois idosos; *Mantém a independência*, narrada por um idoso; e *Preserva a autoestima*, identificada em três idosos.

Na subcategoria *Mantém as atividades de vida diária* oito dos idosos (73%) referiram não se considerar velhos pois ainda mantêm as atividades de vida diária (tabela 4).

Quanto à subcategoria *Mantém a alegria de viver* dois idosos (18%) referem não se considerar velhos pois ainda mantêm a alegria de viver.

Na subcategoria *Mantém a independência* um idoso (9%) não se considera velho porque ainda mantém a independência.

Na subcategoria *Preserva a autoestima* três idosos (27%) referiram não se considerar velhos pois ainda preservam a sua autoestima.

Na categoria **Sente-se velho(a) em certos momentos** apenas um idoso salientou sentir-se velho(a) em certos momentos, associando esse sentimento a uma situação patológica - a depressão.

Na última categoria desta área temática, **Considera-se velho(a)**, emergiram duas subcategorias: *Pensamentos recursivos sobre morte* e *Recordações passadas*, que emergem do discurso da mesma pessoa, ou seja, foi o mesmo idoso que referiu considerar-se velho(a) por apresentar pensamentos recursivos sobre morte e recordações passadas.

Quadro nº 2- Percepção do idoso acerca da sua velhice

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANÁLISE
1.1. Não se considera velho(a)	• Mantem as atividades de vida diárias	(E2) - “Noutros momentos tenho outra força que me faz ... trabalhar e vou e trabalho e mexo-me”. (E4) - “Desde que me levanto às 7 ou 6:30 da manhã até que me deito, à meia noite, não paro um minuto (...)”. (E5) - “(...) durante o dia também gosto de ter as coisas arranjadas e limpas em casa (...)”. (E6) - “(...)o meu serviço de casa, se não era hoje era amanhã, só pra me entreter, como ainda faço hoje (...)”. (E7) - “ (...) Porque eu ainda vou fazendo as minhas coisas, ainda me considero apta ao serviço (...)”. (E8) - “(...) A vida que fazia antes, faço agora (...)”. (E10) - “(...) durante o dia eu cuido da minha casa, da minha roupa, dos meus animais, das minhas flores (...)”.
	• Mantém a alegria de viver	(E3) - “Porque sou de um carácter muito vivo, muito alegre e isso ajuda-me muito a que a tristeza não venha assim tão depressa (...)”. (E8) - “(...) mas sempre me vi alegre (...)”.
	• Mantém a independência	(E10) - “(...) Portanto eu tenho uma vida muito ativa. Se me sentisse velha eu não podia fazer essas coisas (...)”.
	• Preserva a autoestima	(E1) - “(...) parece que tenho assim um conforto todos os dias. Olho-me ao espelho e vejo-me assim... eu vejo as outras pior que eu (...). Gosto, porque gosto de mim... eu gosto de mim. Gosto como eu sou, pronto.” (E3) - “(...) Muito e falar com o espelho. (...) Sou muito vaidosa e gosto muito de me ver ao espelho. E em princípio diz-se que a pessoa que não gosta dela e que não gosta do espelho não gosta de ninguém”. (E5) - “(...) Gosto de me arranjar, não luxuosa, mas gosto muito de andar a não parecer mal. Andar a vestir roupa de velhos não. Para mim não... no meu caso sempre gostei de me arranjar (...)”.
1.2. Sente-se velho(a) em certos momentos		(E2) - “Eu... sinto-me velha em certos momentos (...) Porque eu também tenho uma depressão”.
1.3. Considera-se velho(a)	• Pensamentos recursivos sobre morte	(E9) - “Sinto (...) Porque eu sou muito cismática (...) E tudo que me faz mais cismar é a morte que a própria doença. Eu tenho muito medo da morte (...) Acho que não devíamos de morrer (...)”.
	• Recordações passadas	(E9) - “E agora estou a deixar de ir ver a própria pessoa morta, porque fico muitos dias a pensar e estou a ver a pessoa (...)”.

Tabela nº 4 - Percepção do idoso acerca da sua velhice

Entrevistados	Percepção do idoso acerca da sua velhice						
	Não se considera velho(a)				Sente-se velho(a) em certos momentos	Considera-se velho(a)	
	Mantem as atividades de vida diárias	Mantém a alegria de viver	Mantém a independência	Preserva a autoestima		Pensamentos recursivos sobre morte	Recordações passadas
E1	x			x			
E2	x				x		
E3		x		x			
E4	x						
E5	x			x			
E6	x						
E7	x						
E8		x					
E9						x	x
E10	x		x				
E11							

4.2. Significado de envelhecimento na voz do idoso

O envelhecimento populacional tem motivado o desenvolvimento de estudos acerca dos diferentes aspetos que envolvem a velhice, incluindo o significado de envelhecimento. Assim, relativamente a este tema, da análise dos discursos dos idosos emergiram dez categorias – **Aparecimento de idade, Perda de autonomia, Toma de terapêutica excessiva, Dependência, Degradação física e intelectual, Isolamento social, Não satisfação das necessidades humanas básicas, Um estado de espírito, Morte e Desilusões com a vida**, conforme indicado no quadro 3.

Na categoria **Aparecimento de idade** quatro dos idosos (36%) referiram associar o aparecimento da idade ao envelhecimento (tabela 5).

A **Perda de autonomia** foi considerada por dois idosos (18%) salientando este aspeto como característico do envelhecimento.

Um idoso (9%) considera a **Toma de terapêutica excessiva** como uma maneira de o manter vivo.

Relativamente à categoria **Dependência**, três idosos (27%) mencionaram ser este o significado de envelhecimento.

A **Degradação física e intelectual** foi considerada pelos idosos e desta categoria emergiram cinco subcategorias: *Aparecimento de doenças incapacitantes* que foi apontada por dois idosos (18%); *Aparecimento de doenças osteoarticulares*, referida por um idoso (9%); *Limitações físicas*, que foi identificada em dois idosos (18%); *Limitações intelectuais*, salientada por um idoso (9%) e *Perda de capacidades* mencionada por dois idosos (18%).

Quanto à categoria **Isolamento social** dois idosos (18%) salientam ser este um dos motivos do envelhecimento, assim como a **Não satisfação das necessidades humanas básicas**, considerada por um idoso (9%).

Na categoria **Um estado de espírito**, emergiu uma subcategoria: a *Tristeza*, mencionada por um idoso (9%).

Quanto às categorias **Morte e Desilusões com a vida** foram referidas por um idoso (9%).

Quadro nº 3- Significado de envelhecimento na voz do idoso

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANÁLISE
2.1. Aparecimento de idade		<p>(E1) - “Olhe envelhecer... a idade que aparece não é, mas a idade aparece”.</p> <p>(E5) - “Pra mim envelhecer é os anos vão passando (...)”.</p> <p>(E6) - “Para mim é a idade. Para mim é a idade. Não podemos dizer que eu sou um jovem de 25 ou 30 anos, isso queria eu... é a idade, como é que vamos fazer uma coisa que já o andou? Pode ser? Não pode (...)”.</p> <p>(E9) - “O que me leva a pensar que estou velha é a própria idade, que já vou com 70 anos e que pouco mais vamos viver (...) a idade é aquilo que mais me pesa (...)”.</p>
2.2. Perda de autonomia		<p>(E9) - “(...) Vou às compras e muitas vezes é a minha sobrinha que me agarra os sacos porque eu não tenho força (...)”.</p> <p>(E10) - “(...) é a pessoa tornar-se dependente, a pessoa não ser capaz de cuidar de si própria (...)”.</p>
2.3. Toma de terapêutica excessiva		<p>(E6) - “(...)além de que eu tomo muitos comprimidos, portanto o que conserva o meu cadáver é aquilo que tenho ali (...)”.</p>
2.4. Dependência		<p>(E7) - “(...) não ter quem lhe faça nada (...)”.</p> <p>(E9) - “(...) Foi há coisa de um ano quando eu senti isto do meu braço, de pedir que me fizessem as coisas.”</p> <p>(E10) - “(...) é a pessoa tornar-se dependente (...)”.</p>
2.5.Degradação física e intelectual	• Aparecimento de doenças incapacitantes	<p>(E5) - “ (...) vai tendo cada vez mais problemas de saúde e é o meu caso, que tenho muitos problemas de saúde e quanto mais anos passam pior a gente se sente (...)”.</p> <p>(E8) - “(...) e depois as doenças que são más, como o Alzheimer e o Parkinson (...)”.</p>
	• Aparecimento de doenças osteoarticulares	<p>(E7) - “(...) Considero por não poder dos ossos, da coluna, das hérnias e por aí (...)”.</p>
	• Limitações físicas	<p>(E9) - “(...) sei que comecei a sofrer deste braço. E comecei a ver que eu não podia fazer as minhas coisas que eu fazia antigamente (...)”</p> <p>(E11) - “Pra mim envelhecer é entrar em degradação física...”.</p>
	• Limitações intelectuais	<p>(E11) - “Pra mim envelhecer é entrar em degradação ... intelectual.”</p>
	• Perda de capacidades	<p>(E9) - “(...) comecei a sofrer deste braço. E comecei a ver que eu não podia fazer as minhas coisas que eu fazia antigamente (...)”.</p> <p>(E10) - “(...) não ser capaz de sair à rua sozinha, não ser capaz de tratar da sua higiene, isso é que é envelhecer, pra mim.”</p>
2.6. Isolamento social		<p>(E2) - “(...) é de se fecharem muito dentro de casa, não querem conversar com ninguém e não têm...um trabalhinho ou uma coisa qualquer, visitas poucas... Acho que é assim que a gente fica mais em baixo, mais velha.”</p>

		(E7) - “ (...) <i>estar sozinho na casa (...)</i> ”.
2.7. Não satisfação das necessidades humanas básicas		(E7)- “ (...) <i>não ter quem lhe faça nada (...)</i> ”.
2.8. Um estado de espírito	• Tristeza	(E3)- “ (...) <i>Tenho também de vez em quando um chorar um bocadinho, uma tristeza (...)</i> ”. (E8)- “ (...) <i>há pessoas que por tudo e por nada se queixam, que também é isso muitas vezes... é segundo as pessoas... mas eu não sou assim (...) Mas não me dou tanto à doença.</i> ”
2.9. Morte		(E4)- “ <i>Oh... acabar por morrer, pois. Envelhecemos para morrer (...)</i> ”.
2.10. Desilusões com a vida		(E8)- “ (...) <i>As pessoas que vão apanhando desilusões com a vida, para mim são desilusões, fá-los decair (...)</i> ”.

Tabela nº 5- Significado de envelhecimento na voz do idoso

Entrevistados	Significado de envelhecimento na voz do idoso													
	Aparecimento da Idade	Perda de autonomia	Toma de terapêutica excessiva	Dependência	Degradação física e intelectual					Isolamento social	Não satisfação das necessidades humanas básicas	Um Estado de espírito	Morte	Desilusã com a vida
					Aparecimento de doenças incapacitantes	Aparecimento de doenças osteoarticulares	Limitações físicas	Limitações intelectuais	Perda de capacidades			Tristeza		
E1	x													
E2										x				
E3	x											x		
E4													x	
E5	x				x									
E6	x		x											
E7				x		x				x	x			x
E8					x							x		
E9	x	x		x			x		x					
E10		x		x					x					
E11							x	x						

4.3. Alterações ocorridas na vivência diária após o envelhecimento

Admite-se hoje que a velhice não é necessariamente acompanhada por manifestações patológicas, embora sejam frequentes as patologias. Neste sentido, quisemos saber que alterações ocorrem na vida do idoso inserido no meio rural. Da análise de conteúdo dos discursos sobressaíram cinco categorias – **Sentimento de tristeza, Perda de horários, Depressão, Alterações biológicas e Administração de terapêutica**, conforme indicado no quadro 4.

As categorias **Sentimento de tristeza** e **Depressão** foram referidas, por um idoso (9%), como a maior alteração ocorrida nas suas vidas (tabela 6).

No que se refere à categoria **Perda de horários** emergiram duas subcategorias: *Reforma* e *Tempo livre*. Um idoso (9%) considera ser a *Reforma* um dos fatores que alterou a sua vida. Também o *Tempo livre* é considerado por um idoso (9%).

A categoria **Alterações biológicas** foi destacada pelos idosos tendo sobressaído sete subcategorias: *Dificuldades no andar*, considerada por cinco idosos (45%); *Problemas de saúde*, mencionada por dois idosos (18%); *Dor generalizada*, salientada por quatro idosos (36%); *Reumatismo*, referida por dois idosos (18%); *Perda gradual de força física* referido por dois idosos (18%) e *Rugas e Aumento de peso corporal* mencionado por um idoso (9%).

Por último, três idosos (27%) consideram que uma das alterações que surgiu com o envelhecimento foi a administração de terapêutica pelo que surgiu a categoria **Administração de terapêutica**.

Quadro nº 4- Alterações ocorridas na vivência diária após o envelhecimento

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANÁLISE
3.1. Sentimento de tristeza		(E1)- “ (...) sentia-me triste e aborrecida porque estava viúva (...)”.
3.2. Perda de horários	• Reforma	(E10)- “Reformei-me com 53 anos e mudou alguma coisa porque é assim, eu deixei de ter aqueles horários rígidos pra cumprir (...)”.
	• Tempo livre	(E4)- “ (...) Fiquei com outros tempos livres (...)”.
3.3. Depressão		(E2)- “ (...) senti-me assim mais...um bocadinho a velhice. A velhice isso é, de me sentir... ter medo de morrer, morrer que está mais próximo e fico assim mais um bocadinho deprimida (...)”.
3.4. Alterações biológicas	• Dificuldades no andar	(E1) - “ (...) agora não, que não posso andar muito(...)”. (E3) - “(...) que me dessem as perninhas bem ... que me custa muito e fico sempre atrás, que me desse as pernas um bocado mais soltas (...)”. (E6) - “(...) tenho que andar devagar (...)”. (E7) - “(...) e agora o que dantes fazia num dia agora leva-me uma semana (...)”. (E8) - “(...) E como não me posso agachar e não posso fazer muitas coisas (...)”.
	• Problemas de saúde	(E2) - “ (...)Tenho muitos diabetes também e colesterol (...)”. (E5) - “ (...) vai tendo cada vez mais problemas de saúde e é o meu caso, que tenho muitos problemas de saúde e quanto mais anos passam pior a gente se sente (...)”.
	• Dor generalizada	(E1) - “Desde os 75 anos que me começaram a vir mais dores.” “ (...) É dores que tenho”. (E2) - “(...) No meu corpo... as dores (...)”. (E3) - “ (...) que não tivesse às vezes dores como tenho (...)”. (E6) - “(...) A maior dificuldade que sinto é a nível físico, dores que sinto (...)”.
	• Reumatismo	(E3)- “ (...)às vezes também há muito reumatismo aqui em Monção, nos ossos e tudo isso e há muita gente que sofre muito e eu também sofro (...)”. (E7)- “ (...) Considero por não poder dos ossos, da coluna (...)”.
	• Perda gradual de força física	(E2)- “(...)as pernas que se vão abaixo (...)” (E1)- “(...) sinto-me um bocadinho mais cansada (...)”.
	• Rugas	(E5)- “(...) vou-lhe dizer o que sinto, tenho desgosto de ter rugas(...)”.
	• Aumento de peso corporal	(E5)- “(...) vou-lhe dizer o que sinto, tenho desgosto... e engordar um bocadinho que era mais magra.
3.5.Administração de terapêutica		(E2)- “(...) tomo muitos remédios, muitos, muitos...” (E3)- “(...)Tomo uma pastilhinha ou um chazinho e já vai (...)”. (E8)- “(...) tomo uma pastilha e ala (...)”.

Tabela nº 6 - Alterações ocorridas na vivência diária após o envelhecimento

Entrevistados	Alterações ocorridas na vivência diária após o envelhecimento											
	Sentimento de tristeza	Perda de horários		Depressão	Alterações Biológicas							Administração de terapêutica
		Reforma	Tempo livre		Dificuldades no andar	Problemas de saúde	Dor generalizada	Reumatismo	Perda gradual de força física	Rugas	Aumento de peso corporal	
E1	x				x		x					
E2				x		x	x		x			x
E3					x		x	x				x
E4			x									
E5						x				x	x	
E6					x		x					
E7					x			x				
E8					x	x	x					x
E9												
E10		x										
E11												

4.4. Influencia das relações/comunicação dos familiares no bem-estar do idoso

Falar do bem-estar do idoso, teremos que perceber a questão da influência das relações/comunicação nesse bem-estar. Da análise de conteúdo dos discursos dos idosos sobressaíram duas categorias – **Positiva e Negativa**, conforme indicado no quadro 5.

Na categoria **Positiva** emergiram quatro subcategorias: *Proporciona saúde*, *Dá alegrias*, *Acompanhamento na saúde* e *Mantém vínculo afetivo*.

Um idoso (9%) considera que uma relação familiar positiva *Proporciona saúde*, outro idoso (9%) refere que uma boa relação familiar *Dá alegrias*. Também o *Acompanhamento na saúde* é considerado por um idoso (9%) como uma das vantagens de uma boa relação familiar (tabela 7).

Dois idosos (18%) referem *Manter um vínculo afetivo* com a sua família independentemente da distância.

Na categoria **Negativa** emergiram duas subcategorias: *Tristeza pela ausência do filho*, referida por um idoso (9%) pelo seu filho não se encontrar mais perto e *Medo de deixar um familiar dependente sozinho* que foi mencionada por um idoso (9%).

Quadro nº 5- Influencia das relações/comunicação dos familiares no bem-estar do idoso

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANÁLISE
4.1. Positiva	• Proporciona Saúde	(E6)- “(...) Esta relação dá-me saúde pra mim e pra mulher.”
	• Dá alegrias	(E7)- “(...) A mim dá-me alegria, não sei. Sinto-me bem (...)”.
	• Acompanhamento na saúde	(E1)- “ (...)mas eu vou à casa de uns e de outros, e todos me levam ao médico, se não me leva um leva-me outro (...)”.
	• Mantém vínculo afetivo	(E2) - “(...) Porque o telefone aqui não pára. De manhã ... ela chama logo, tá logo a chamar. Chama mais ela do que eu. Chama muito (...)”. (E5) - “(...) tenho uma tia de Lisboa que também nos telefonamos varias vezes... uma vez telefone para a minha irmã, outro dia outra, outra vez a minha tia. É sempre assim, de maneira que então comunicamo-nos umas com as outras e ajuda muito (...)”.
4.2. Negativa	• Tristeza pela ausência do filho	(E9) - “(...) Em respeito assim ao meu filho eu às vezes penso que não sou feliz por o ter longe, que gostava de os ter cá (...)”.
	• Medo de deixar um familiar dependente sozinho	(E3) - “ (...) o meu sobrinho... peço todos os dias ao senhor que mo leve 10 minutos em antes de mim quando eu morrer, que morra ele 10 minutos em antes e que eu o veja morto e depois vou eu e morro tranquila. Porque sei que ele está comigo adonde eu estiver e não o deixar sozinho (...)”.

Tabela nº 7- Influencia das relações/comunicação dos familiares no bem-estar do idoso

Entrevistados	Influencia das relações/comunicação dos familiares no bem-estar do idoso					
	Positiva				Negativa	
	Proporciona Saúde	Dá alegrias	Acompanhamento na saúde	Mantém vínculo afetivo	Tristeza pela ausência do filho	Medo de deixar um familiar dependente sozinho
E1			x			
E2				x		
E3						x
E4						
E5				x		
E6	x					
E7		x				
E8						
E9					x	
E10						
E11						

4.5. Conceito de solidão na perspectiva do idoso numa comunidade rural

Ainda hoje existe alguma dificuldade em entender o que significa solidão. Neste sentido procuramos junto dos idosos de uma comunidade rural conhecer o seu conceito. Da análise de conteúdo dos discursos dos idosos sobressaíram sete categorias – **Conjunto de sentimentos/emoções**, **Alterações da saúde**, **Ausência de interações**, **Um sentir individual**, **Viver de recordações**, **Dificuldades económicas**, e **Ser velho (a)**, conforme indicado no quadro 6 e na tabela 8.

Na categoria **Conjunto de sentimentos/emoções** emergiram quatro subcategorias: *Ansiedade*, *Tristeza*, *Mal-estar* e *Estar sozinho (a)*.

Um idoso (9%) considera a *Ansiedade* como sinónimo de solidão, Três idosos (27%) mencionam ser a *Tristeza*, um idoso (9%) salienta o *Mal-estar* e dois idosos (18%) referem que *Estar sozinho (a)* acarreta solidão.

Na categoria **Alterações da saúde** sobressaem quatro subcategorias: *Depressão*, *Dor*, *É de morrer* e *Doença grave*.

Um idoso (9%) considera que a *Depressão* origina solidão, assim como a *Dor* que também é referida por um idoso (9%). A subcategoria *É de morrer* é mencionada por um idoso (9%) assim como uma *Doença grave* que também é mencionada por um idoso (9%).

Na categoria **Ausência de interações** emergem três subcategorias: *Falta de ajuda*, *Falta de atenção* e *Ausência de comunicação*.

Na subcategoria *Falta de ajuda* e *Falta de atenção* dois idosos (18%) salientam ambas como sinónimo de solidão. Na subcategoria *Ausência de comunicação* quatro idosos (36%) referem ser este um dos fatores que acarreta solidão.

Quatro idosos (36%) consideram que o sentimento de solidão é **Um sentir individual**.

Na categoria **Viver de recordações** três idosos (27%) consideram que as recordações lhes causam solidão.

Dificuldades económicas e **Ser velho(a)** são considerados por um idoso (9%) como sinónimo de solidão.

Quadro nº 6- Conceito de solidão na perspetiva do idoso numa comunidade rural

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANÁLISE
5.1.Conjunto de sentimentos/emoções	• Ansiedade	(E1)- “ (...) estar assim ... com um bocado de ansiedade (...)”.
	• Tristeza	(E1)- “ (...) estar assim um pouco sozinha, um pouco triste (...)”. (E2) - “ (...) a solidão e a tristeza,(...) fico com uma tristeza dentro... (suspira) olhe estes ais que depois me saem...porque é a tristeza que está metida lá dentro”. (E9) - “ (...) hoje ainda sei que estás cá, mas de hoje para amanhã, não estarás e eu estarei sozinha. E é isso que me custa e até me faz muitas vezes ficar triste e até chorar (...)”.
	• Mal-estar	(E2)- “ (...) Porque eu muitas vezes estou mal, muito mal (...)”.
	• Estar sozinha	(E8)- “Pra mim a solidão é estar uma pessoa sozinha, não ter companhia (...)”. (E9)- “ (...) Pra mim a solidão é não ter companhia (...)”.
5.2.Alterações da saúde	• Depressão	(E2) - “ (...) A solidão, a solidão vem da gente estar a pensar o mesmo e não tirar da cabeça o que está a pensar e depois fica assim, fica numa depressão (...)”.
	• Dor	(E2) - “ (...) É que a solidão é a maior doença do mundo. Faz-me doer tudo (...) Olhe faz-me doer as costas, que às vezes estou tao bem e se estou com a solidão dói-me as costas, dói-me o peito e dói tudo.
	• É de morrer	(E2) - “ (...) Porque a solidão é de morrer (...)”.
	• Doença grave	(E2) - “A solidão é uma doença, que não fazem caso dela. É mesmo. É uma doença grave. Grave e que eles não fazem caso disso, mas é uma doença grave (...)”.

5.3. Ausência de interações	• Falta de ajuda	(E7) - “(...) para mim solidão é estar uma porta fechada, não ter quem lhe vá fazer nada (...)”. (E10)- “ (...) A solidão é a falta de alguém (...) que nos ajuda (...)”.
	• Falta de atenção	(E7) - “(...) não ter quem lhe vá lá dar uma palavra de conforto (...)”. (E10) - “A solidão é a falta de alguém que nos sabe ouvir (...) que nos dá atenção (...)”.
	• Ausência de comunicação	(E3) - “ (...) porque morrem de desgosto, porque não têm ninguém, não têm quem lhes fale, quem lhes convide para dar uma voltinha... aqui não há convivência (...)”. (E7) - “ (...) não toque um telefone a perguntar como está (...)”. (E8) - “ (...) Pra mim é isso, não ter ninguém com quem falar (...)”. (E10) - “ (...) A solidão é a falta de alguém que nos sabe ouvir (...) que fala connosco, que ouve as nossas queixas, as nossas dificuldades, pra mim é isso (...) e não ter com quem desabafar, não ter com quem falar (...)”.
5.4. Um sentir individual		(E2) - “ (...) mas ela é outro carácter que não sou eu. Eu tenho outro carácter. (...) Não somos todas iguais... Eu fico com mais depressão porque já me meto, recolho. Ela explode. E eu meto pra dentro, engulo, guardo pra dentro e é o mais mal. E somos irmãs (...)”. (E4) - “ (...) mas eu combato a solidão (...) mas a pessoa também amorrinha... Que não sejam lamechas, que venham cá para fora ... que não estejam lá amorrinhadas, armadas em grandes vítimas porque ao nosso lado há sempre pior que nós (...)”. (E8) - “ (...) por vezes há pessoas que tem muita companhia e sentem-se sozinhas. De toda a maneira, tem a ver com a maneira de ser de cada pessoa. Para mim são pessoas cismáticas, porque eu graças a deus, até agora, não tenho (...)”. (E11) - “ (...) Mas pra mim a solidão é mais um estado de espírito. Porque eu posso estar aqui em casa sozinho e não sentir solidão nenhuma e posso estar aqui e não estar sozinho e sentir (...)”.
5.5. Viver de recordações		(E3) - “ (...) Eu é só por pensar nas pessoas ente-queridas que se foram e que penso que podiam estar aqui, que podíamos estar todos juntos (...)”. (E5) - “ (...) Quando penso no passado de quando era criança (...) Estas coisas do passado triste, dão-me solidão (...)”. (E10) - “ (...) estar sozinha com os seus pensamentos, isso é solidão. Estar sozinha com os seus pensamentos (...)”.
5.6. Dificuldades económicas		(E3) - “ (...) Solidão são as pessoas (...) pode ser por falta de dinheiro, falta das coisas também pensam, que tem filhos e que não tem que lhes dar de comer, ou nem para os livros, ou nem pra isto (...)”.
5.7. Ser velho(a)		(E6)- “ A solidão pra mim é o ser velho. Se fosse novo não havia solidão (...)”.

Tabela nº 8- Conceito de solidão na perspectiva do idoso numa comunidade rural

Entrevistados	Conceito de solidão na perspectiva do idoso numa comunidade rural														
	Conjunto de sentimentos/emoções				Alterações da saúde				Ausência de interações			Um sentir individual	Viver de recordações	Dificuldades económicas	Ser velho(a)
	Ansiedade	Tristeza	Mal-estar	Estar sozinha	Depressão	Dor	É de morrer	Doença grave	Falta de ajuda	Falta de atenção	Ausência de comunicação				
E1	x	x		x											
E2		x	x	x	x	x	x	x				x			
E3											x		x	x	
E4				x								x			
E5													x		
E6															x
E7									x	x	x				
E8				x							x	x			
E9		x		x											
E10									x	x	x		x		
E11				x								x			

4.6. Motivos que conduzem o idoso ao sentimento de solidão

A solidão, como já referimos anteriormente tem significados subjetivos e constitui uma experiência desagradável.

Da análise de conteúdo dos discursos dos idosos (quadro 7 e tabela 9) sobressaíram sete categorias – **Viuvez, Falecimento de entes queridos, Ausência da atividade laboral, Saída dos filhos de casa, Viver de recordações e Presença da noite**.

Na categoria **Viuvez** emergiram três subcategorias: *Falta de amor* considerada por um (9%); *Falta de companhia*, referida por dois idosos (18%) e *Estado de depressão*, mencionada por um idoso (9%) como motivo que conduz à solidão.

Um idoso (9%) considera o **Falecimento de entes queridos**, um idoso (9%) salienta a **Ausência da atividade laboral**, um idoso (9%) refere que a **Saída dos filhos de casa** lhe causou solidão, três idosos (27%) consideram que **Viver de recordações** lhes causa solidão e por último dois idosos (18%) salientam a **Presença da noite** como um dos motivos que conduz à solidão.

Quadro nº 7- Motivos que conduzem o idoso ao sentimento de solidão

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANÁLISE
6.1.Viuvez	• Falta de amor	(E1)- “(...) foi a falta do meu marido, a falta daquela pessoa que eu amava e depois não tinha aquele amor (...)”.
	• Falta de companhia	(E2) - “(...) mas se fosse mais nova casava...para não viver só. Só pra não viver em solidão (...) só para ter uma pessoa para poder falar, não era pra nada, falar, ter uma companhia (...)”. (E9) - “(...) agora tenho o meu marido. E sei que ao chegar às 7h ele chega. Quando eu olho pro relógio e vejo que são 7h e ele que não está, já me ponho logo a pensar, hoje ainda sei que estás cá, mas de hoje pra amanhã, não estarás e eu estarei sozinha. E é isso que me custa (...)”.
	• Estado de depressão	(E2)- “ (...) Ai fez muito e do meu rapaz, foi quando eu comecei a tomar os antidepressivos (...)”.
6.2.Falecimento de entes queridos		(E3)- “ (...)Quando vemos uma fotografia, me lembro do meu filho que morreu (...)”.
6.3. Ausência da atividade laboral		(E11) - “(...) não é bom ter muito trabalho, muita preocupação ... mas agora sair disto e ficar na cama a dormir até ao meio dia, depois chegar à noite e não ter sono pra ir pra cama e coisas do estilo, isso era um pouco o que me aguardaria ou me virá a aguardar em tempos futuros, não faço ideia, mas não gostava”.
6.4. Saída dos filhos de casa		(E4) - “(...) na semana a seguir o meu primeiro filho foi para a universidade, portanto eu aí senti a solidão. E eu vê-lo sair do meu portão sozinho à procura de quarto

		(...)”.
6.5. Viver de recordações		<p>(E3) - “(...) quando estou a ver fotografias à noite, que eu vejo muito fotografias, ando sempre a remexer nas coisas antigas (...)”.</p> <p>(E5) - “(...) Quando penso no passado de quando era criança (...) Estas coisas do passado, tristes dão-me solidão (...)”.</p> <p>(E10) - “(...) Quando tenho noites que durmo mal, eu penso em tanta coisa. Penso no passado, (...), penso em tanta coisa e incomoda-me (...) Recordações do passado (...)”.</p>
6.6. Presença da noite		<p>(E5) - “(...) Mas no dia-a-dia eu vejo a luz, de noite é que é pior. Sinto mais solidão de noite, porque de dia saio muito (...)”.</p> <p>(E10) - “(...) Quando durmo mal de noite. Quando tenho noites que durmo mal, eu penso em tanta coisa (...) Durante o dia eu tenho muita energia, durante a noite é que isso me custa (...)”.</p>

Tabela nº 9 -Motivos que conduzem o idoso ao sentimento de solidão

Entrevistados	Motivos que conduzem o idoso ao sentimento de solidão							
	Viuvez			Falecimento de entes queridos	Ausência da atividade laboral	Saída dos filhos de casa	Viver de recordações	Presença da noite
	Falta de amor	Falta de companhia	Estado de depressão					
E1	x							
E2		x	x					
E3				x			x	
E4						x		
E5							x	x
E6								
E7								
E8								
E9		x						
E10							x	x
E11					x			

4.7. Impacto da solidão na pessoa idosa

O impacto que a solidão causa no idoso, é destacado pelos idosos do nosso estudo como causa de **Manifestações de sofrimento e Sentimento de perda de amor**, conforme indicado na tabela 10.

As **Manifestações de sofrimento** são referidas por um idoso (9%), tal como demonstra o enxerto “(...) A solidão é uma doença, que não fazem caso dela. É mesmo. É uma doença grave. Grave e que eles não fazem caso disso, mas é uma doença grave” - E2.

O **Sentimento de perda de amor** também é referido por outro idoso (9%) conforme indica a seguinte citação do idoso “ (...) Olhe falta talvez de amor (...)” - E1.

Tabela nº 10- Impacto da solidão na pessoa idosa

Entrevistados	Impacto da solidão na pessoa idosa	
	Manifestações de sofrimento	Sentimento de perda de amor
E1		x
E2	x	
E3		
E4		
E5		
E6		
E7		
E8		
E9		
E10		
E11		

4.8. Estratégias utilizadas pelo idoso no minimizar o sentimento de solidão

Rossell (2004) afirma que a solidão é uma das queixas mais frequentes entre a população idosa, resultando da saída dos filhos para o mercado de trabalho, do abandono do meio rural pelos mais novos, a idade da reforma e a viuvez, entre outros aspetos. Neste sentido, quisemos conhecer quais as estratégias utilizadas pelos idosos no minimizar do sentimento de solidão.

Da análise de conteúdo dos discursos dos idosos sobressaíram quatro categorias – **Atividades religiosas, Atividades de lazer, Atividade laboral e Administração de terapêutica**, conforme indicado no quadro 8 e tabela 11.

Na categoria **Atividades religiosas** emergiram quatro subcategorias: *Curso de cristandade*, considerando um idoso (9%) que enquanto realizou o Curso de cristandade não sentiu solidão; *Frequentar a igreja*, foi referida por quatro idosos (27%) como uma estratégia que minimiza a solidão; *Levar a comunhão aos doentes*, que foi referida por um idoso (9%) e *Catequista*, que foi utilizada por dois idosos (18%).

Na categoria **Atividades de lazer** sobressaem onze subcategorias: *Cuidar do quintal*, *Compras*, *Convívio com vizinhos/amigos*, *Trabalho doméstico*, *Mordoma de festa da terra*, *Ver fotografias*, *Meios audiovisuais*, *Frequentar a universidade sénior*, *Conduzir*, *Trabalhos manuais e Leituras*.

Assim, nesta categoria, para minimizar a solidão, cinco idosos (45%) referem ocupar-se a *Cuidar do quintal*, três (27%) referem ir às *Compras*, seis idosos (55%) minimizam a solidão através do *Convívio com vizinhos/amigos*, dois idosos (18%) mencionam diminuir a solidão através do *Trabalho doméstico*, um idoso (9%) mencionou o ser *Mordoma de festa da terra*, dois idosos (18%) utilizam a estratégia de *Ver fotografias*. Os *Meios audiovisuais*, como o rádio e a televisão são referidos por três idosos (27%), dois idosos (18%) minimizam a solidão a *Frequentar a universidade sénior*, um idoso (9%) refere *Conduzir* e dois idosos (18%) realizam *Trabalhos manuais* e as *Leituras* pois, segundo eles ajuda-os sentirem-se menos sós.

Na categoria **Atividade laboral** emergiram cinco subcategorias: *Gestora de hotel de turismo rural*, *Florista e jardineira*, *Cabeleireira*, *Cuida de um bebé* e *Técnico oficial de contas*.

Na subcategoria *Gestora de hotel de turismo rural* um idoso (9%) refere manter-se ocupada gerindo o seu próprio negócio.

Um idoso (9%) considera ter uma ocupação sendo *Florista e jardineira*, outro idoso (9%) sendo *Cabeleireira*, outro idoso *Cuida de um bebé* e um último (9%) é *Técnico oficial de contas*, mantendo ainda a sua atividade profissional.

Na categoria **Administração de terapêutica** um idoso (9%) refere que para não sentir solidão toma medicação.

Quadro nº 8- Estratégias utilizadas pelo idoso no minimizar o sentimento de solidão

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANÁLISE
8.1. Atividades religiosas	• Curso de cristandade	(E1)- “(...) Depois passado um ano abordaram-me para ir fazer o curso de cristandade (...)”.
	• Frequentar a igreja	(E1)- “ (...)Tenho a igreja e cantar. Não ando no coro. Canto todas as missas da semana e canto a das 9h do domingo de manha, eu e outras senhoras (...)”. (E2)- “ (...)Porque eu muitas vezes estou mal, muito mal e preparo-me e vou à missa, ao terço (...)vou fazer uma leitura porque me chamam porque ainda sei ler, ainda leio (...)”. (E5)- “ (...) gosto muito de ir à missa, vou todos os dias, quase é raro não ir à missa (...)”. (E7)- “(...) Eu gosto muito de ir à missa à meia tarde (...)”.
	• Levar a comunhão aos doentes	(E1)- “ (...)Aos domingos vou levar a comunhão aos doentes...que não podem vir à igreja (...)”.
	• Catequista	(E4)- “ (...) Portanto eu fui catequista (...)”. (E10)- “(...) dou catequese também (...)”.
8.2. Atividades de lazer	• Cuidar do quintal	(E5) - “ (...) a minha filha tem pra lá um quintal. Decidi ir plantar lá umas coisinhas e andei lá uns meses a pôr hortaliça e agora tenho que ir lá, vezes a miúdo, regar e tenho que ir raspar as ervas. Vou passando assim o tempo (...)”. (E6) - “(...) Também me dedico à agricultura, pra me entreter (...)”. (E7) - “(...) de arranjar os animais, as galinhas, que é só o que tenho, ou de arrancar uma erva, (...) qualquer coisa que vá fazer (...)”. (E9) - “(...) enquanto o miúdo dorme eu vou pro quintal (...)”. (E10) - “(...) Olhe vou lá pra fora pro quintal, trato das flores, trato dos animais, arranco ervas (...)”.
	• Compras	(E2)- “ (...) e vou às compras (...)”. (E3)- “(...) eu não saio à rua a não ser às compras (...)”. (E10)- “(...) vou por aí fora e vou às compras (...)”.
	• Convívio com vizinhos/amigos	(E1) - “ (...)Todos os dias saio e se não vou à casa de uma vizinha e vou conversar um bocadinho com as vizinhas ou com quem eu veja, com pessoas que sejam da minha confiança e que goste (...)”. (E5) - “(...) e depois a gente vêm pelo caminho e vem com esta pessoa ou com aquela, ainda se troca uma palavra. Às vezes venho com umas vizinhas e a gente vem por aí acima a conversar e enquanto não se pensa na tristeza (...)”. (E7) - “(...) ao vir venho com uma vizinha ali (...)”. (E8) - “Se não trabalha-se então saía por aí a passear (...)”. (E9) - “(...) Ou então ir visitar ali a minha vizinha que é com quem eu me entendo melhor (...)”. (E10) - “(...) falo com as vizinhas (...)”.
	• Trabalho doméstico	(E3) - “ (...)Que eu distraio-me a dobrar roupa, (...) a fazer o que for, a limpar copos, eu distraio-me com tudo (...)”; (...) Ocupo-me da casa e não tenho solidão nenhuma (...)”. (E10) - “(...) e durante o dia eu cuido da minha casa,

		<i>da minha roupa, dos meus animais, das minhas flores (...)</i> ”.
	• Mordoma de festa da terra	<i>(E3)- “(...) tou a gostar muito, muito, quando vamos às reuniões à noite (...)</i> ”.
	• Ver fotografias	<i>(E3) - “(...) quando estou a ver fotografias à noite, que eu vejo muito fotografias, ando sempre a remexer nas coisas antigas (...)</i> ”. <i>(E7 - “(...) Ou se não agarro numas fotografias e ponho-me a ver, as que tenho aí da canalhada nova e tal e passo o tempo assim (...)</i> ”.
	• Meios audiovisuais	<i>(E4) - “(...) Em casa tenho 3 rádios na mesinha de cabeceira, um na Lisboa 1, outra na renascença e outro na Lisboa 2...Televisões... ter 3 a funcionar ao mesmo tempo, pois é uma maneira de combater a solidão, a televisão (...)</i> ”. <i>(E7) - “(...) eu aguento-me em frente à televisão aí sentada sozinha, até à meia noite (...)</i> ”. <i>(E8) - “(...) e ligo a televisão (...)</i> ”.
	• Frequentar a universidade sénior	<i>(E4)- “(...) frequento a universidade sénior desde o primeiro momento, não falho a nada, a jantares, almoços, viagens, passeios (...)</i> ”. <i>(E10)- “(...) Já andei também na universidade sénior, mas não tinha horário pra tanta coisa e interrompi .”</i>
	• Conduzir	<i>(E6)-“ (...) Enquanto poder conduzir, conduzo. Até 70 Km ainda vou, depois canso-me. Mas ando muito por aqui. Vou dar as minhas voltinhas (...)</i> ”.
	• Trabalhos manuais	<i>(E7) - “(...) Agarro no croché e uma casa aberta e outra fechada e desfaz e volta fazer e estou se calha desde as 9h da noite à meia noite (...)</i> ”. <i>(E9) - “(...) ocupo-me muito de fazer croché. Faço muito, muito croché. Distraio-me muito com isso. E quando me alejei do braço sentia mesmo desgosto de não fazer. Mas o croché para mim é uma coisa que me faz passar muito, muito bem o tempo. É o croché que me distrai muito (...) ou então a fazer costura (...)</i> ”.
	• Leituras	<i>(E6)- “(...)Se está a chover, pego no jornal e leio-o (...)</i> ”. <i>(9)- “(...) tenho que estar a ler (...)</i> ”.
8.3. Atividade laboral	• Gestora de hotel de turismo rural	<i>(E4)- “(...) Olhe a falta de dinheiro pra pagar aos empregados. Claro, a preocupação que tenho com o meu negócio (...)</i> ”.
	• Florista e jardineira	<i>(E4)- “(...) Eu aqui no hotel sou florista e jardineira e portanto não tenho um minuto de sossego (...)</i> ”.
	• Cabeleireira	<i>(E8) - “(...) Então tinha aqui este espaço e trouxe as minhas coisas todas para aqui e montei um cabeleireiro (...)</i> ”
	• Cuida de um bebé	<i>(E9) - “(...) Já tomei conta do irmão, vai fazer 4 anos e agora vai com o segundo. E faz-me sentir bem. Estou sempre morta que ele venha. Ao sábado e ao domingo sinto a falta dele. É uma companhia porque falo muito com ele, brinco muito com ele (...)</i> ”.
	• Técnico oficial de contas	<i>(E11)- “(...) Porque continuo a ter uma atividade, trabalho, sou técnico oficial de contas (...)</i> ”.
8.4.Administração de terapêutica		<i>(E2)- “(...) Olhe tomo o remédio. Vingo-me já no remédio. Já me dá mais um bocadinho...já vou por aí (...)</i> ”.

Tabela nº11- Estratégias utilizadas pelo idoso no minimizar o sentimento de solidão

Entrevistados	Estratégias utilizadas pelo idoso no minimizar o sentimento de solidão																				
	Atividades religiosas				Atividades de lazer											Atividade laboral					Administração de terapêutica
	Curso de cristandade	Frequentar a igreja	Levar a comunhão aos doentes	Catequista	Cuidar do quintal	Compras	Convívio com vizinhos/amigos	Trabalho doméstico	Mordomia de festa da terra	Ver fotografias	Meios audiovisuais	Universidade sénior	Conduzir	Trabalhos manuais	Leituras	Gestor de hotel de turismo rural	Florista e jardineira	Cabelo-eira	Cuidar de um bebé	Técnico oficial de contas	
E1	x	x	x				x														
E2		x				x															x
E3						x		x	x	x											
E4				x							x	x				x	x				
E5		x			x		x														
E6					x								x		x						
E7		x			x		x			x	x			x							
E8							x				x							x			
E9					x		x							x	x				x		
E10				x	x	x	x	x				x									
E11																				x	

4.9. Necessidade do idoso para minimizar o sentimento de solidão

Outro subsídio extremamente importante para minimizar a solidão dos idosos é ficarmos a conhecer quais são as necessidades destes.

Da análise de conteúdo dos discursos dos idosos sobressaíram cinco categorias – **Afetivas, Laboral, Companhia social, Atividades de entretenimento/lazer e Preservar o espaço**, conforme indicado no quadro 9 e tabela 12.

Para um idoso (9%) manter relações **Afetivas** minimizam a solidão e três idosos (27%) salientam ser a atividade **Laboral**.

Na categoria **Companhia social** emergiram três subcategorias: *Conviver com jovens*, *Ter um animal de estimação* e *Manter pensamento em alguém*. Um idoso (9%) considera que *Conviver com jovens*, *Ter um animal de estimação* e *Manter pensamento em alguém* ajudaria a minimizar a solidão.

Na categoria **Atividades de entretenimento/lazer** sobressaem seis subcategorias: *Dançar*, *Cantar*, *Desenhar*, *Partilha de saberes*, *Trabalhos manuais* e *Leitura*.

Nas subcategorias *Dançar*, *Cantar*, *Desenhar* e *Partilha de saberes* um idoso (9%) considera serem atividades que distraem e minimizam o sentimento de solidão. Dois idosos (18%) consideram que fazer *Trabalhos manuais* os ajuda a minimizar o sentimento de solidão. Outra forma de minimizar a solidão é através *Leitura*, para um idoso (9%).

Na categoria **Preservar o espaço** dois idosos (18%) referem que morar na sua casa os faz sentir felizes.

Quadro nº 9- Necessidades do idoso para minimizar o sentimento de solidão

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANÁLISE
9.1. Afetivas		(E2)- “ (...)mas se fosse mais nova casava...para não viver só. Só pra não viver em solidão (...) só para ter uma pessoa para poder falar, não era pra nada, falar, irmos aqui, uma companhia (...)”.
9.2. Laboral		(E7)- “(...) Gostava de poder trabalhar na agricultura que eu gosto da agricultura (...)”. (E9)- “(...) enquanto o miúdo dorme eu vou pro quinta. Eu nunca estou quieta (...)”. (E11)- “(...) Ainda um dia destes em conversa me disseram, aí porquê que tu não te reformas? Eu, e depois que vou fazer? (...)”.
9.3. Companhia social	• Conviver com jovens	(E2)- “(...)Termos convívios de jovens, termos pessoas jovens que viessem também (...)”.
	• Ter um animal de estimação	(E2)- “(...) Este cãozinho pra mim...é o meu filho (risos) adotivo (...) e pra mim é tudo, é a minha companhia”.
	• Manter pensamento em alguém	(E7)- “(...) Porque eu nem que não tenha ninguém vivo estou a pensar neles e parece que eles estão aqui comigo presentes. A filha morreu há 5 anos, pode ninguém acreditar, eu fecho os olhos e estou a olhar pra ela.”

9.4. Atividades de entretenimento/Lazer	• Dançar	(E2)- “(...) <i>dançam e fazem ali uma festa (...)</i> ”.
	• Cantar	(E2)- “(...) <i>cantam ... Eu acho que aquilo ali faz esquecimento da solidão (...)</i> ”.
	• Desenhar	(E2) “(...) <i>para a gente conviver, uma faz o que sabe, uma desenha, outra faz outra coisa (...)</i> ”.
	• Partilha de saberes	(E2) “(...) <i>vem uma, tu podias-me fazer isto ou fazer aquilo e a gente vem e aprendia uns com os outros. Mas para isso também tem que estar as pessoas novas juntas para dar o apoio. Os novos aprendiam com os de idade e os de idade aprendiam com os novos (...)</i> ”.
	• Trabalhos manuais	(E7)- “(...) <i>Agarro no croché e uma casa aberta e outra fechada e desfaz e volta fazer e estou se calha desde as 9h da noite à meia noite (...)</i> ”. (E9)- “(...) <i>ocupo-me muito de fazer croché. Faço muito, muito croché. Distraio-me muito com isso. E quando me aleijei do braço sentia mesmo desgosto de não fazer. Mas o croché para mim é uma coisa que me faz passar muito, muito bem o tempo. É o croché que me distrai muito (...) ou então a fazer costura (...)</i> ”.
	• Leitura	(E9)- “(...) <i>tenho que estar a ler (...)</i> ”.
9.5.Preservar o espaço		(E2)- “ (...) <i>eu venho pra minha casa pra estar no sossego (...)</i> ”. (E5)- “(...) <i>sinto-me bem na minha cama e é verdade (...)</i> Moro sozinha na minha casinha porque eu quero (...)”.

Tabela nº12- Necessidades do idoso para minimizar o sentimento de solidão

Entrevistados	Necessidades do idoso para minimizar o sentimento de solidão											
	Afetivas	Laboral	Companhia social			Atividades de entretenimento/Lazer						Preservar espaço
			Conviver com jovens	Ter um animal de estimação	Manter pensamento em alguém	Dançar	Cantar	Desenhar	Partilha de saberes	Trabalhos manuais	Leitura	
E1												
E2	x		x	x		x	x	x	x			x
E3												
E4												
E5												x
E6												
E7		x			x					x		
E8												
E9		x								x	x	
E10												
E11		x										

4.10. Alterações no idoso que originam o sentimento de solidão

A experiência da solidão é influenciada por muitos fatores e neste sentido existem alterações que originam o sentimento de solidão. Quisemos assim, perceber junto dos idosos que alterações originam o sentimento de solidão.

Da análise de conteúdo dos discursos dos idosos (quadro 10 e tabela 13) sobressaíram quatro categorias - **Dificuldade no andar**, **Perda de amor**, **Perda de audição** e **Perda de memória**.

A **Dificuldade no andar** é considerada por um idoso (9%) como uma alteração que origina solidão.

Dois idosos (18%) referem que a **Perda de amor** lhes causa o sentimento de solidão. Assim como, a **Perda de audição** e a **Perda de memória** também são consideradas por um idoso (9%) como potenciais fatores de solidão.

Quadro nº10- Alterações no idoso que originam o sentimento de solidão

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANÁLISE
10.1. Dificuldade no andar		(E7)- “(...) e agora o que dantes fazia num dia agora leva-me uma semana (...)”.
10.2. Perda de amor		(E1)- “(...)Olhe falta talvez de amor (...)” ;” (...) Tenho falta do meu marido que essa é que era uma falta grande (...) “. (E4)- “(...)Fazia-me falta agora o meu marido, mas prontos”.
10.3. Perda de audição		(E10)- “(...)E oiço um bocadinho mal (...)”.
10.4. Perda de memória		(E10)- “Muito esquecida. Quero dizer o nome das coisas e não me sai (...)”.

Tabela nº13 - Alterações no idoso que originam o sentimento de solidão

Entrevistados	Alterações no idoso que originam o sentimento de solidão			
	Dificuldade no andar	Perda de amor	Perda de audição	Perda de memória
E1		x		
E2				
E3				
E4		x		
E5				
E6				
E7	x			
E8				
E9				
E10			x	x
E11				

4.11. Projeto pessoal do idoso perante a solidão

Ainda neste contexto quisemos saber se o idoso perante a solidão tem projetos.

Da análise de conteúdo dos discursos dos idosos (quadro 11 e tabela 14) sobressaíram oito categorias - **Ajudar pessoas dependentes, Ajudar pessoas desfavorecidas, Ajudar a**

família, Voluntariado com crianças em risco, Manter atividade intelectual, Ter saúde, Manter estado de alegria e Viajar.

Um idoso (9%) considera que **Ajudar pessoas dependentes** lhe minimiza o seu sentimento de solidão.

Ajudar pessoas desfavorecidas e **Ajudar a família** é referido por dois idosos (18%) como o seu projeto pessoal, agora nesta fase da vida.

Um idoso (9%) salienta ainda que gostaria de poder realizar **Voluntariado com crianças em risco**.

Manter atividade intelectual é referido por um idoso (9%) uma vez que ainda gostaria de escrever um livro.

Ter saúde e **Manter estado de alegria** é referido por um idoso (9%).

E por último **Viajar** é considerado por um idoso (9%) como um forte desejo pessoal.

Quadro nº11- Projeto pessoal do idoso perante a solidão

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANÁLISE
11.1. Ajudar pessoas dependentes		(E1)- “(...) vou dar a comunhão aos doentes ao domingo (...) mas sinto-me bem a ir visitar aquelas pessoas de quem eu gostava”.
11.2. Ajudar pessoas desfavorecidas		(E1)- “(...) Olhe gostaria de ajudar todos aqueles que precisam (...)”. (E3)- “(...) Eu sentia-me sempre feliz por poder dar aos outros. Ainda hoje, o pouco que tenho ainda o reparto todo. Eu só sou feliz repartindo (...)”.
11.3. Ajudar a família		(E5)- “(...) é ver que a minha filha e o meu genro tao a viver uma vida difícil por causa do negócio (...) É isto que me choca e não os poder ajudar (...)”. (8)- “(...) Pois a única dificuldade que tenho é não os poder ajudar mais. Tive um filho desempregado e vê-lo a ganhar uma depressão por não ter emprego e eu queria-o ajudar mais e não podia (...)”.
11.4. Voluntariado com crianças em risco		(E10)- “(...) Olhe por exemplo, gosto muito de ajudar crianças que estão em dificuldades, crianças mal amadas, crianças que precisavam de amor e aqui não há nada. Eu gostava que houvesse assim uma instituição pra eu poder fazer voluntariado e ajudar aquelas crianças e dar-lhes amor, porque há tantas que não tem (...)”.
11.5. Manter atividade intelectual		(E11)- “(...) Nunca escrevi um livro, é o que falta fazer. Gostava, já tenho pensado nisso.”
11.6. Ter saúde		(E3)- “(...) Agora só quero saúde... e de resto mais nada. Saúde (...)”.
11.7. Manter estado de alegria		(E3)- “(...) Agora só quero ... alegria e de resto mais nada ... alegria (...)”.
11.8. Viajar		(E5)- “(...) Gostava de dar um passeio, nunca fui a lado nenhum (...) eu gostava mesmo de ir a Itália (...)”.

Tabela nº14- Projeto pessoal do idoso perante a solidão

Entrevistados	Projeto pessoal do idoso perante a solidão							
	Ajudar pessoas dependentes	Ajudar pessoas desfavorecidas	Ajudar a família	Voluntariado com crianças em risco	Manter atividade intelectual	Ter saúde	Manter estado de alegria	Viajar
E1	x	x						
E2								
E3		x				x	x	
E4								
E5			x					x
E6								
E7								
E8			x					
E9								
E10				x				
E11					x			

4.12. Sugestões apontadas pelo idoso

Os idosos do nosso estudo apontaram sugestões para minimizar o sentimento de solidão. Da análise de conteúdo dos discursos dos idosos (quadro 12 e tabela 15) sobressaíram quatro categorias - ***Continuar a viver com dignidade, Estabelecer relações familiares e sociais, Manter atividades de ocupação e Ajudar os outros.***

Um idoso (9%) considera que nesta fase da vida se deve ***Continuar a viver com dignidade.***

Para quatro idosos (36%) ***Estabelecer relações familiares e sociais*** ajuda a minimizar o sentimento de solidão.

Na categoria ***Manter atividades de ocupação*** emergiram duas subcategorias: *Ver televisão*, como sugestão apontada por dois idosos (18%) e *Trabalhos manuais*, tais como croché, sugerida por um idoso (9%).

Na categoria ***Ajudar os outros*** sobressaem duas subcategorias: *Visitar doentes e Fazer companhia*, sendo apontadas, cada uma por um idoso (9%), como uma forma de ajudar o outro e a ajudar-se a si próprio, na medida em que minimiza o sentimento de solidão.

Quadro nº12- Sugestões apontadas pelo idoso

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE ANÁLISE
12.1. Continuar a viver com dignidade		(E6)- “(...) uma casa de repouso com que tivessem todos os requisitos para o fim da vida deles, que se não a tiveram de novos ao menos de velhos serem bem tratados (...)”.
12.2. Estabelecer relações familiares e sociais		(E2)- “(...) Acho que não devem estar sós. Nunca na vida estar sós. Nunca, nunca. Ter sempre uma companhia, sempre, sempre (...)”. (E3)- “(...)estas pessoas morrem, porque morrem de desgosto, porque não têm ninguém, não têm quem lhes fale, quem as convida para dar uma voltinha ou não sei... aqui não há convivência”. (E5)- “(...) se tivesse pessoas conhecidas que se junta-se a elas e conversa-se com elas um bocadinho (...)”. (E7)- “Que saiam e se não puderem sair de casa que vão pra uma janela e que gritem para vizinhos. Falar, distrair que isso faz muito bem (...)”.
12.3. Manter atividades de ocupação	• Ver televisão	(E4)- “(...)Televisões também sou capaz de ouvir, ter 3 a funcionar ao mesmo tempo, pois é uma maneira de combater a solidão a televisão (...)”. (E7)- “(...) E se tiverem uma televisão que oiçam...”.
	• Trabalhos manuais	(E7)- “(...) que façam croché, que contem para traz, para frente e para os lados. Nem que fique mal, não faz mal. Um novelo de linha e uma agulha já se entretém ali a gente muito tempo (...)”.
12.4. Ajudar os outros	• Visitar doentes	(E8)- “(...) e se fossem visitar os doentes, ou qualquer coisa (...)”.
	• Fazer companhia	(E8)- “(...) ou fazer companhia, ou isso. Para mim, ou fazer qualquer coisa, trabalhos para pessoas que lhes faça falta (...)”.

Tabela nº 15- Sugestões apontadas pelo idoso

Entrevistados	Sugestões apontadas pelo idoso						
	Continuar a viver com dignidade	Estabelecer relações familiares e sociais	Manter atividades de ocupação		Companhia	Ajudar os outros	
			Ver televisão	Trabalhos manuais		Visitar doentes	Fazer companhia
E1							
E2		x			x		
E3		x			x		
E4			x				
E5		x			x		
E6	x						
E7		x	x	x			
E8						x	x
E9							
E10							
E11							

5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tendo presente o quadro teórico exposto, bem como os objetivos traçados para o presente estudo, propusemo-nos responder às questões de investigação sugeridas pela nossa pergunta de partida:

Que implicações tem a solidão nos idosos para potencializar uma velhice bem-sucedida?

Procede-se agora à discussão dos resultados, conclusões e sua relação com os estudos encontrados na literatura sobre a questão em investigação.

A informação recolhida através das entrevistas realizadas aos idosos possibilitou, não só, identificar as implicações da solidão nos idosos como também perceber que representações têm para eles ser velho. De facto, o acesso à vivência dos idosos permitiu que estes revelassem as suas perceções, projetos pessoais perante a solidão, sentimentos, preocupações e necessidades, contribuindo assim para um melhor entendimento desta etapa da vida.

A discussão está organizada a partir dos temas que emergiram das questões de investigação.

- **Perceção do idoso acerca da sua velhice**

Para conhecer o processo de ser velho em meio rural considerou-se vital averiguar a perceção dos idosos acerca da sua velhice.

Destaca Camarano (2002), que a perceção de envelhecimento depende do grupo social, da raça e principalmente da localização geográfica.

A análise permitiu aferir que o idoso da comunidade rural de Monção *não se considera velho* quando mantém a capacidade de decisão e de autonomia, também para Woortmann e Woortmann (1999, p.134) ser velho está ligado não só ao saber como ao trabalho.

O facto de cada pessoa manter a autonomia necessária para a concretização das suas atividades de vida diárias, manter a alegria de viver e uma auto-estima elevada, faz com que encare positivamente a sua velhice e consequentemente, na sua perspetiva, não se considere velho. Tal como nos refere Lima e Seibt, (2002), a velhice é experimentada de diversas formas, dependendo da atitude face à vida em geral, de acordo com as aprendizagens, com a capacidade de realizar coisas significativas e se sentir também importante, significativo para si mesmo e para as outras pessoas.

- **Significado de envelhecimento na voz do idoso**

Para Berger e Mailloux-Poirier (1994) o envelhecimento é um processo multidimensional que percorre todas as fases de vida de cada pessoa, composto por mecanismos de reparação e destruição que variam, de pessoa para pessoa, em tempo e em ritmos. Os onze indivíduos entrevistados, vem corroborar precisamente o anteriormente referido, pois denotou-se que o significado atribuído ao envelhecimento é distinto entre os idosos. *O aparecimento da idade, a*

perda de autonomia e a degradação física e intelectual são apontados, pela maioria dos entrevistados, como principais aspetos do envelhecimento. Isto só vem reforçar o referido por Birren e Renner, citado por Paúl (1997, p.10) que salienta que “o envelhecimento refere-se às mudanças regulares que ocorrem em organismos maduros, geneticamente representativos, vivendo em condições ambientais representativas, na medida em que avançam na idade cronológica”. Na mesma linha de ideias Ermida (1999, p.43), refere-se ao envelhecimento como “um processo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de acidentes ou doença e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo...”.

- **Alterações ocorridas na vivência diária após o envelhecimento**

Tal como referido ao longo da parte teórica, o envelhecimento é um fenómeno multidimensional, que abarca alterações a nível biológico, psicológico e social (Reis, 1996).

Uma das alterações que o envelhecimento promove, mencionado por dois idosos (18%), é a *reforma* e por conseguinte o *aumento dos tempos livres*. A reforma é pois um marco na vida das pessoas, que pode ser encarada de forma positiva ou negativa. Fonseca (2005, p.47) refere que:

(...) para a maioria das pessoas, a passagem à reforma não assinala apenas o fim da atividade profissional, é também o fim de um período longo que marcou a vida, moldou os hábitos, definiu prioridades e condicionou desejos, podendo ser ao mesmo tempo um momento de libertação e de renovação (viver com outro ritmo, estabelecer novas metas, investir no lazer e na formação pessoal, relacionar-se mais com os outros, etc.), ou um momento de sofrimento e perda (de objetivos, de prestígio, de amigos, de capacidade financeira) .

Outra das alterações mencionadas pela maioria dos idosos entrevistados prende-se com *alterações biológicas*, desde dificuldades no andar, problemas de saúde, dores, reumatismo, rugas, entre outras. Para Ávila (2009), o envelhecimento da população é considerado problemático, pois surgem precisamente estas alterações e que conduzem a uma maior vulnerabilidade das pessoas e consequentemente a uma maior probabilidade de este adoecer. A *administração de terapêutica* e consequente aumento do consumo também é uma constante nesta fase, devido ao aparecimento de doenças crónicas, características do próprio envelhecimento. Segundo dois idosos (18%) o facto de consumirem estes medicamentos é o que lhes dá força para continuar a viver.

- **Influencia das relações/comunicação dos familiares no bem-estar do idoso**

No que respeita às relações familiares os idosos entrevistados salientam aspetos positivos e negativos. Para os aspetos positivos é salientado o *acompanhamento na saúde* e o *vínculo afetivo*. Já nos aspetos negativos é de ressaltar a *tristeza pelas ausências*. Ora as relações de proteção e apoio constituem uma das funções primordiais da família. De acordo com Collado, citado por Silva (2006, p. 45) “a proteção orienta-se inicialmente de pais para filhos, devendo variar de conteúdo e de intensidade, adaptando-se às necessidades evolutivas destes, para se transferir depois para os idosos e os que têm necessidades especiais”. Para além destas funções familiares, salienta-se o vínculo afetivo entre os seus membros, proporcionando segurança, assegurando a continuidade das relações, através de relações duradouras entre os seus membros, dar estabilidade e permitir socialização (Duvall e Miller citados por Stanhope & Lancaster 1999).

- **Conceito de solidão na perspectiva do idoso numa comunidade rural**

Tal como verificado nas múltiplas respostas dadas pelos idosos entrevistados, o conceito de solidão varia de pessoa para pessoa, pois cada um atribui-lhe o seu próprio significado, o que vem comprovar o mencionado por Fernandes (2007), ao longo da parte teórica.

Para quatro idosos (36%) a solidão é considerada um *conjunto de sentimentos/emoções*, de entre os quais, o sentimento de tristeza, ansiedade e o de estar sozinha. Segundo o mesmo autor supracitado, a solidão origina um sentimento de vazio e de ansiedade o que vem comprovar o referido pelos entrevistados do nosso estudo. Por sua vez, passar tempo sozinho não significa solidão, pois as pessoas podem ser felizes estando sozinhas, no entanto o fato de estarem sozinhas também pode provocar o sentimento de infelicidade, e aí é possível sentir solidão.

Um idoso considera que a solidão causa *alterações da saúde*, tais como depressão, dor, considerando-a mesmo como uma doença grave. Segundo Rocha (2007), a morbilidade pode ser considerada um fator que interfere com o autoconceito, quer pela sua cronicidade, quer pela perda de capacidades que pode originar, tornando o processo de envelhecimento mais penoso. Ainda Berger e Mailloux-Poirier (1994) salientam que a velhice é muitas vezes tida como uma doença incurável, como um declínio inevitável.

Na perspectiva de quatro idosos (36%) da comunidade rural de Monção, a *ausência de interações*, tais como a falta de ajuda, de atenção e a ausência de comunicação originam solidão.

As limitações físicas que surgem no idoso e levam a um aumento da dependência na satisfação das suas necessidades, o afastamento do seu meio habitacional, a incapacidade de resposta familiar e da própria sociedade, que os afasta (Rocha, Rodrigues, Coutinho & Monteiro, 2002), quer pela diminuição das redes sociais que se traduz na falta de comunicação e manutenção de contactos mínimos, são responsáveis pelo sentimento de solidão que muitas vezes desponta nos idosos (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004).

A *percepção que o idoso tem de si mesmo* pode delinear e condicionar o seu comportamento. A apatia e a acomodação estão relacionadas com as imagens negativas, por sua vez, os níveis positivos estão relacionados com uma transmissão de tranquilidade e interesses (Rocha, 2007). A apatia que alguns idosos demonstram, sem razão aparente, o limitar-se a esperar calmamente pelo “fim”, o desinteresse pela vida e o querer desistir de viver, permite refletir sobre a percepção que estes idosos terão deles próprios, com que pensamentos viverão.

O autor supracitado vem comprovar o referido pelos idosos ao considerar que a solidão é um sentir individual, pois cada um encara a solidão de forma distinta mediante a sua personalidade.

- **Motivos que conduzem o idoso ao sentimento de solidão**

A literatura salienta a *viuvez* como um dos fatores desencadeantes de solidão. Para Fernandes (2007) a viuvez é frequentemente responsável pelo aparecimento de sintomas depressivos, encontrando-se também associada ao desenvolvimento de doenças crónicas graves e inclusivamente levar à morte.

Sendo que seis (54,5%) dos idosos entrevistados são viúvos, estes consideram que a viuvez acarreta falta de amor, falta de companhia e que pode causar um estado de depressão. Isso só vem comprovar o já referido anteriormente no quadro teórico, em que Fernandes (2007) salienta que a perda do parceiro com quem partilhou o seu amor, a experiência de vida, as alegrias e tristezas pode ser insuportável. A adaptação a essa perda significativa ainda é somada à necessidade de aprender a viver só.

Outro dos motivos geradores de solidão, segundo um dos idosos entrevistados (9%), é a *saída dos filhos de casa*. Para Duvall, citado por Relvas (1996), esta saída dos filhos de casa faz parte do ciclo vital da família, sendo também designada esta fase de “ninho vazio”. No entanto, a adaptação e esta nova mudança nem sempre é bem ultrapassada e, tal como salienta Fernandes (2007), pode ser potenciador de solidão.

A *ausência de atividade laboral* também foi mencionada ao longo das nossas entrevistas como potenciadora de solidão, na medida em que há uma alteração nas rotinas diárias e uma perda de contatos. Para Fernandes (2007), esta diminuição das capacidades, aliada a uma perda de independência, a progressiva imobilização e o afastamento de amigos e colegas acabam por, aos poucos, levar ao isolamento do idoso.

Alguns idosos referiram que o fato de recordarem o seu passado de criança ou recordarem entes queridos já falecidos, lhes causa um sentimento de tristeza e também de solidão. Barroso e Tapadinhas (2006) mencionam no seu estudo que as perdas causam nas pessoas idosas depressão e ansiedade. O facto de se viver sozinho potencia essas lembranças do passado o que aumenta a prevalência de solidão. Neste mesmo contexto, alguns idosos mencionam que a presença da noite é outro dos motivos que lhes provoca solidão. Isto porque durante o dia se ocupam com as suas atividades de vida diárias ou com os vizinhos /amigos e não tem tanto tempo para pensar/recordar, no entanto, durante o período noturno apresentam

insónias e são assolados por recordações, tal como mencionado anteriormente, que lhes causa solidão.

- **Impacto da solidão na pessoa idosa**

No que respeita a esta área temática, foram consideradas duas categorias. A primeira categoria considerada são as *manifestações de sofrimento*, em que um idoso entrevistado compara a solidão a uma doença grave por ser causadora de sofrimento.

Para Berger e Mailloux-Poirier (1994) a saúde ótima concretiza-se no contexto das suas capacidades orgânicas e das mudanças no ambiente.

Quando uma pessoa sente solidão isso significa que não está em equilíbrio, que não sente bem-estar. Ora, tal como referido por Oliveira (2011), este nível de bem-estar é experimentado pelas pessoas de acordo com as avaliações subjetivas das suas vidas, tendo em consideração os julgamentos e sentimentos acerca da satisfação com a vida, interesse e envolvimento, reações afetivas aos eventos da vida, satisfação com o trabalho, relacionamentos e saúde. Daí relacionarem o sentimento de solidão com doença.

Da mesma forma, quando existe uma debilidade a nível da saúde e dificuldades nas atividades de vida diárias é acrescida a probabilidade de depressão, angustia e baixos níveis de bem-estar, acabando por interferir na relação social com outras pessoas e na autonomia, resultando assim em prejuízo para a saúde emocional. Assim sendo, um bom nível de saúde física promove bem-estar e uma saúde mental positiva, incluindo a preservação da autonomia, de crescimento pessoal e de capacidade de manter relações positivas com os outros (Neri, 2001 citado por Catarino, 2011).

A segunda categoria encontrada é o *sentimento de perda de amor*, em que um idoso entrevistado associa à solidão. O que só vem comprovar o que Weiss, citado por Fernandes (2007, p. 35) mencionou: “a solidão emocional é a forma mais dolorosa de isolamento”. A solidão emocional é pois aquela em que não se está satisfeito com uma relação pessoal e íntima.

- **Estratégias utilizadas pelo idoso no minimizar o sentimento de solidão**

A prática religiosa normalmente intensifica-se no fim da vida, tornando-se numa atividade de extrema importância e por vezes a única atividade recreativa do idoso. Isto é comprovado com a nossa investigação em que a grande maioria dos idosos frequentam a igreja ou desempenham uma *atividade religiosa*, como dar catequese, levar a comunhão aos utentes, entre outras. Para Caldas et. al (1999), esta prática poderá ter como sentido a resposta a uma necessidade, mas é também um acontecimento social, que lhes permite afirmarem-se como pessoas, estruturando o seu horário semanal e ainda sentirem-se responsáveis e ativos porque participam numa atividade importante. A pertença a um grupo religioso tranquiliza-os e serve-lhes de ponto de referência, de suporte e, por vezes, de substituto familiar.

Ao longo do nosso estudo verificamos que apesar de todos os idosos se encontrarem reformados ainda desempenham uma *atividade laboral*, ou então atividades que são entendidas por alguns como *lazer*. O facto de esta investigação ser realizada em meio rural, também nos permitiu perceber que a grande maioria dos idosos tem pelo menos um pequeno quintal que se dedicam a cultivar, permitindo-lhes continuar ativos, de acordo com o seu ritmo. Para além das atividades ligadas à agricultura desenvolvem também a pecuária, atividades de manutenção doméstica e atividades de lazer, como o convívio ou as relacionadas com a igreja.

Os elevados níveis de atividade verificados, mesmo em situação de reforma, vêm de encontro com o estudo de Hespanha (1993) quando refere que só na sociedade urbano-industrial se estabeleceu limite para a idade ativa. No meio rural, o idoso, apesar de se encontrar reformado, geralmente mantém a atividade que desempenhou toda a vida, agora com maior disponibilidade de tempo, permitindo-lhe uma maior dedicação. A atividade agrícola ou pecuária, no meio rural, é geralmente mantida até que se mantenha a autonomia motora (Sequeira & Silva, 2002). Para este mesmo autor, esta manutenção da atividade permite aos idosos não só participarem ativamente na vida da comunidade, partilhando interesses e motivações, como também manterem o seu sentimento de competência, de utilidade, de capacidade e assim potenciarem uma velhice bem-sucedida.

- **Necessidades do idoso para minimizar o sentimento de solidão**

A morte do cônjuge constitui uma das maiores dificuldades com que se deparam as pessoas idosas, onde são incluídas perdas tais como: corte nos laços emocionais profundos, desaparecimento da principal companhia nas atividades quotidianas e até mesmo uma perda económica (Sequeira & Silva, 2002). A nossa investigação vem comprovar isso mesmo, quando um idoso (9%) salienta que as *relações afetivas* são uma necessidade para minimizar o sentimento de solidão.

Manter uma *atividade laboral* e/ou de *lazer/entretenimento* é considerada por quatro idosos (36%) também como uma necessidade para evitar a solidão. Isto vai de encontro com o referido também na área temática anterior, ao salientar que a manutenção de uma atividade, permite aos idosos, integrarem-se na comunidade e sentirem-se ocupados e úteis (Idem).

A *companhia social* é considerada, para os idosos fundamental e potenciada pelo fato de viverem numa comunidade rural. Para Hespanha (1993) nos ambientes rurais estão presentes verdadeiras redes de suporte social constituídas por vizinhos, familiares e amigos, fortalecendo a integração social. Estes laços sociais exercem uma função protetora importantíssima na estabilidade emocional e no bem-estar dos idosos. Um idoso (9%) por nós entrevistado considera o seu animal de estimação, neste caso em especial um cão, como a sua companhia e um membro da sua família, pois é com ele que partilha o seu lar e conversa.

Outro aspeto relevante, mencionado por dois idosos (18%) entrevistados, consiste na necessidade de *preservar o espaço*. Como percebido na literatura, a maioria dos idosos,

resiste à ideia de abandonar o seu lar, pois é encarado como uma perda de identidade, é o seu espaço que fica para trás. Segundo Rowles citado por Hortelão (2004), os idosos expressam elevados níveis de satisfação com o seu lar mesmo que não tenha níveis de qualidade desejáveis.

- **Alterações no idoso que originam o sentimento de solidão**

O processo de envelhecimento acarreta alterações que podem potenciar o sentimento de solidão. Alguns idosos entrevistados salientam as *dificuldades no andar, a perda de audição e de memória e a perda de amor*, como fatores desencadeantes de solidão.

Segundo Rocha (2007), a morbilidade pode ser considerada um fator que interfere com o autoconceito, quer pela sua cronicidade, quer pela perda de capacidades que pode originar, tornando o processo de envelhecimento mais penoso. Igualmente Paúl (1993), salienta que as perdas ao nível dos órgãos sensoriais, podem ser consideradas igualmente, um fator que dificulta o contacto com o mundo exterior. A dificuldade de ouvir limita o convívio entre pessoas, na medida em que dificulta as conversas e o relacionamento, assim como as dificuldades visuais restringem as saídas ao exterior. Estas perdas fazem com que o idoso entre num círculo de isolamento progressivo. Com o envelhecimento, a locomoção também sofre alterações, pois a marcha torna-se mais lenta e mais insegura, facilitando a ocorrência de quedas. Neste sentido, o idoso vai perdendo a sua autonomia funcional e empobrecendo a sua rede social. Estes aspetos conduzem naturalmente a um maior isolamento social e a um aumento de sentimentos de solidão (Sousa & Feio, 1998).

Mencionado igualmente pelos idosos, a *perda de amor* marcada pela viuvez, na maioria das vezes de um matrimónio de várias décadas, tal como refere Fernandes (2007), também é um dos fatores que conduz à solidão.

- **Projeto pessoal do idoso perante a solidão**

O projeto pessoal do idoso, no sentido de minimizar a solidão, difere de pessoa para pessoa, consoante as suas vivências e os seus projetos de vida futuros.

No decorrer das nossas entrevistas foram mencionados distintos projetos, desde *ajudar pessoas dependentes, desfavorecidas, ajudar a família, manter a atividade intelectual, ter saúde, manter estado de alegria*.

As relações de proteção e apoio constituem uma importante dimensão do ser humano. Poder ajudar pessoas que se encontram numa situação crítica, sejam familiares, amigos, vizinhos ou outros, proporciona ao idoso um sentimento de bem-estar por saber que está a praticar o bem e está a ajudar quem mais precisa. Fica igualmente a noção que quando este idoso também necessitar de apoio alguém o ajudará, assim como um dia ele fez.

No que respeita à família, de acordo com Collado, mencionado por Silva (2006, p. 45) “ a proteção orienta-se inicialmente de pais para filhos, devendo variar de conteúdo e de intensidade, adaptando-se às necessidades evolutivas destes, para se transferir depois para os

idosos e os que têm necessidades especiais”. Isto só vem comprovar o referido nas entrevistas, em que é salientado que poder ajudar quando é necessário, sejam eles filhos, irmãos, amigos, vizinhos, entre outros, faz parte do projeto de vida destes idosos e traz-lhes satisfação, por saberem que estão a ajudar.

Manter a atividade intelectual, ter saúde e manter o estado de alegria também faz parte do projeto de vida dos idosos entrevistados, na medida em que promove um sentimento de bem-estar. Este é definido pela ICN (2011, p. 41) como “Imagem mental de se sentir bem, de equilíbrio, contentamento, amabilidade ou alegria e conforto, usualmente demonstrada por tranquilidade consigo próprio e abertura para outras pessoas ou satisfação com a independência”. Isto significa que uma pessoa que mantém o seu estado de saúde, incluindo as suas capacidades mentais e de alegria se encontra plena de bem-estar, daí incluir-se no projeto de vida dos idosos.

Ser idoso e saudável pode estar relacionado com a eficácia e a competência para concretizar os projetos de vida e ainda a ter uma perceção da realidade e a comprometer-se com outros projetos além do seu, ou seja, interagir com o meio. Um envelhecimento bem-sucedido, é aquele em que o idoso continua a fazer as suas próprias escolhas e a ocupar um lugar na sociedade com qualidade (Catarino, 2011).

- **Sugestões apontadas pelo idoso**

A última área temática percecionada é referente a sugestões/conselhos sugeridos pelos idosos para minimizar o sentimento de solidão. Estes idosos salientam que o importante para eles, agora nesta fase da vida, é *continuar a viver com dignidade* e para evitar a solidão eles consideram que *estabelecer relações familiares e sociais, manter atividades de ocupação e ajudar os outros* são uma possível solução.

Esta área temática vem de encontro ao já referido em algumas áreas temáticas anteriores, como por exemplo, onde mencionam as estratégias para minimizar o sentimento de solidão, pois os idosos procuram manter-se ocupados, realizando pequenas tarefas tais como fazer croché, ver televisão, entre outras, para além de se preocuparem bastante com os outros numa tentativa de ajudar. Este sentimento de ajuda proporciona-lhes bem-estar.

Para além disso, o fato de apresentarem boas relações quer com familiares, quer com amigos/vizinhos também lhes permite sentirem-se mais seguros e com mais confiança, pois sabem que podem sempre contar com eles. Para Zimerman (2000), o idoso sente a necessidade de ajustar as suas relações sociais com os filhos, netos, amigos, assim como criar a possibilidade de novos relacionamentos, de forma a tentar minimizar as perdas. Também Caldas et. al (1999), salienta que o relacionamento do idoso com os vizinhos torna-se importante em situações de emergência, dada a sua proximidade.

6. CONCLUSÕES E SUGESTÕES DO ESTUDO

No capítulo anterior foram discutidos os resultados encontrados ao longo do percurso de investigação, no entanto, não queremos deixar de partilhar e sistematizar algumas ideias que consideramos relevantes.

Para se conhecer bem a pessoa idosa do meio rural é necessário entender que esta, além de ter alterações biológicas, deve ser olhada numa perspetiva histórica e socialmente contextualizada. Para muitos idosos, surge o isolamento social e a perda da auto-estima.

É importante assinalar que o envolvimento social ativo, surge como sendo um indicador de uma velhice bem-sucedida e um menor nível de solidão. Manter atividades de ocupação e lazer é entendido como a conservação do desejo de viver. Parece-nos poder dizer, que o envelhecimento, apesar de desencadear processos de desempoderamento, pode também ser um momento de construção de novos conhecimentos e experiências de vida.

A construção do significado de envelhecimento é atravessada por crenças e por mitos, em que o aparecimento da idade, a perda de capacidades e a degradação física e intelectual são salientados como mudanças que ocorrem e que definem o seu lugar social. A atitude que cada idoso adota face à sua velhice é pessoal e reflete toda a sua história de vida.

Para o idoso do meio rural, a família ainda representa a principal fonte de ajuda e apoio, portanto quanto mais integrado ele estiver na família, maior será o seu bem-estar e menor será a sua solidão. A família é potencialmente o mais afetivo sistema de apoio ao idoso, portanto, é de suma importância o seu papel na valorização do idoso. Podemos constatar que é possível manter a autonomia e se integrarmos o idoso na rede social há uma resignificação de ser velho, vencendo a solidão e potencializando uma velhice bem-sucedida.

Os enfermeiros devem estar conscientes que constituem uma fonte de suporte para os idosos, contribuindo para uma re-significação do seu “eu”. Devem enfatizar o conceito da intervenção centrada na pessoa, desenvolvendo o empoderamento.

No que diz respeito às sugestões, é necessário o empoderamento dos idosos, quer de forma individual quer coletiva, através de relações sociais autênticas, promovidas pelo diálogo interativo e pela consciencialização crítica dos valores associados ao ser idoso. Permitir assim, aos idosos, a renovação dos espaços de convivência social, dando sentido à vida.

Uma velhice bem-sucedida revela-se assim, como uma proposta para a otimização da saúde e participação social com vista a uma qualidade de vida mais significativa para o idoso. Idosos ativos enquanto atores sociais representam uma das importantes forças sociais. É indispensável despertar nos idosos o prazer de viver, de ter projetos, pois desse modo, o idoso sente-se reconhecido e integrado no meio social.

Dado tratar-se de um estudo de caso, há a consciência das limitações existentes, e de forma alguma seria correto, partir destas conclusões para a generalização. No entanto, não se deve invalidar a importância das mesmas, atendendo ao carácter do estudo e ao processo realizado.

Julgamos ter atingido os objetivos a que nos propusemos para a realização deste estudo, e esperamos que este possa contribuir para o desenvolvimento de competências ao nível dos cuidados ao idoso inserido no seu habitat.

BIBLIOGRAFIA

- Agreda, J. (1999). Passado, presente e futuro da enfermagem gerontológica. In J. Agreda. *O Idoso: problemas e realidades*. Coimbra: Formasau.
- APA. (2001). *Publication Manual of the American Psychological Association* (5th ed.). Washington: DC. Author.
- Ávila, R. (2009). *Idosos: A enfermagem e os cuidados de proximidade*. Dissertação de mestrado em ciências de enfermagem, Instituto de ciências biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal.
- Bardin, L. (2008). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barroso, V. & Tapadinhas, A. R. (2006). *Orfãos geriatras: sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento – estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados*. Monografia de licenciatura, Instituto Superior de Psicologia Aplicada- ISPA, Portugal.
- Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1994). *Pessoas Idosas - Uma Abordagem Global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Berger, L. (1995). Aspectos psicológicos e cognitivos do envelhecimento. In: L. Berger & D. Mailoux – Poirier (2ª Ed). *Pessoas idosas, uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. In: *Ciência & Saúde Coletiva*, (V. 5), Rio de Janeiro: Abrasco pp.163-167.
- Caldas, G.; Cerqueira, M. & Lira, L. (1999). *A arte de envelhecer – contributo para o estudo da problemática do envelhecimento da população do concelho de Melgaço*. Trabalho final de especialização em saúde comunitária, Escola Superior de Enfermagem de Viana do Castelo, Viana do Castelo.
- Cardona, J.; Villamil, M.; Henao, E. & Quintero A. (2010). Validacion de esla “ESTE” de soledad en la poblacion adulta. *Invest Educ Enferm vol. 28* (Nº 3), 416-427.
- Camarano A. A. (2002). *Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica*. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.
- Carrilho, M. J. & Patrício, L. (2002). A Situação Demográfica Recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, vol. 32, 147-175.
- Carvalho. M. J. (2008). *Gestão e liderança na saúde – uma abordagem estratégica*. Porto: Grupo Editorial Vida Económica.
- Catarino, D. (2011). *Percepção e satisfação com o bem-estar e a qualidade de vida em idosos do sexo masculino*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física, Coimbra.
- Coimbra, J. (1999). Qualidade de vida do idoso. *Referencia* (Nº 3), Coimbra, pp. 29-35.
- Collière, M. F. (2002). *Promover a Vida*. Lisboa: Edições Lidel e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

- Comissão Europeia (2012). *Démographie, vieillissement actif et retraites. Guide de l'Europe sociale*, Vol. 3. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.
- Comissão Europeia (2011). *The 2012 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.
- Correia, C.; Dias, F.; Coelho, M.; Page, P. & Vitorino, P. (2001). Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Recuperado em 10 de outubro de 2011. Disponível em: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-ubicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-07-2001.pdf>.
- Costa Portugal, P. (2010). *Envelhecimento do velho- Os conceitos de vida e de actividade física de idosos urbanos e rurais através das suas histórias de vida*. Dissertação de doutoramento em ciências do desporto, Faculdade de desporto, Porto.
- Costa, M., & Lopez, E. (1986). *Salud Comunitária*. Barcelona: Martinez Roca.
- Decreto-lei nº 128, de 18 de Fevereiro de 2011 (2011). Regulamento das competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Lisboa: *Diário da República*, nº 35/2011. (p.8667). Recuperado em 30 de outubro de 2011, de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_Competencia
- Direção Geral de Saúde (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: DGS
- Ermida, J. (1999). Processo de envelhecimento. In J. Ermida. *O Idoso: problemas e realidades*. Coimbra: Formasau.
- Eurostat (2012). *Active ageing and solidarity between generations. A statistical portrait of the European Union 2012*. Acedido a 08 de outubro de 2012, em http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-EP-11-001/EN/KS-EP-11-001-EN.PDF.
- Eurostat (2011). *Chiffres clés de l'Europe*. Acedido a 08 de outubro de 2012, em http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-EI-11-001/FR/KS-EI-11-001-FR.PDF.
- Eurostat (2008). *Living conditions in Europe. Data 2003-06*. Acedido a 08 de outubro de 2012, em http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-DZ-08-001/EN/KS-DZ-08-001-EN.PDF.
- Fernandes, H.J. (2007). *Solidão em idosos do meio rural do concelho de Bragança*. Dissertação de mestrado em Psicologia do idoso, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Lisboa.
- Fernandes, P. (2002). *A depressão no idoso*. Coimbra: Quarteto.
- Fernandez-Ballesteros, R. (1993). *Introducción a la Evaluación Psicológica II*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernandes, A. (1985). *Sociologia e socio-lógica. Sobre o fim do meta-social*. Porto: Brasília editora.

- Ferrão, J. (2000). Relações entre mundo rural e mundo urbano. In J. Ferrão. *Sociologia, problemas e práticas* (nº 33, pp. 45-54), Portugal.
- Fonseca, A. M.; Gonçalves, D. & Azevedo, M. J. (2008). A ligação à terra. Identidade dos idosos rurais da raia portuguesa. *Iberografias* (vol.4).
- Fonseca, A. (2005). Aspectos psicológicos da passagem à reforma. In C. Paúl; A. Fonseca (edit). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi, pp.43-73.
- Fonseca, A.; Paúl, C.; Martín, I. & Amado, J. (2004). *Condição psicológica de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal: Um estudo de caso*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fortin, M.F. (1999). *O processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Gonçalves, C. & Carrilho, M. J. (2007). Envelhecimento crescente mas espacialmente desigual. *Revista de Estudos Demográficos* (40, pp 21-37).
- Lessard-Hérbert, M.; Goyette, G. & Boutin, G. (1990). *Investigação qualitativa – fundamentos e práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hespanha, M. (1993). *Para além do estado: A saúde e a velhice na sociedade providência*. Porto: Afrontamento.
- Hortelão, A. (2004). Envelhecimento e qualidade de vida: estudo comparativo de idosos residentes na comunidade e idosos institucionalizados na região de Lisboa. *Servir* (Vol.52). Nº3, pp. 119-131.
- International Council of Nurses (2011). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem. Versão BETA 2* (1ª ed.). Genebra: International Council of Nurses.
- Instituto Nacional de Estatística (2012). *Estatísticas Demográficas 2010*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos 2011 – Resultados Preliminares*. Acedido a 06 de julho de 2012 em http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=122103956&PUBLICACOES
- Instituto Nacional de Estatística (2010). *Estatísticas Demográficas 2009*. Lisboa: INE.
- Instituto Nacional de Estatística (2009). *Estimativas Provisórias de População Residente, 2008. Portugal, NUTS II, NUTS III e Municípios*. Acedido a 06 de julho de 2012, em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=59820448&PUBLICACOESmodo=2
- Instituto Nacional de Estatística (2009). *Projeção da População Residente em Portugal 2008-2060*. Lisboa: INE.

- Lessa, I. (1998). Epidemiologia das doenças crónicas não transmissíveis versus terceira idade. In: I. Lessa. *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crónicas não –transmissíveis*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec: Abrasco.
- Lidz (1983). *A pessoa: seu desenvolvimento durante o ciclo vital*. Porto Alegre: Artemed.
- Lima, A. & Seibt, C. (2002). *O sentido da existência: um olhar a partir da terceira idade*. Belém: Universidade da Amazônia.
- Marin, J. R. (1996). *Psicologia Social de la Salud*. Madrid: Editorial Sintesis.
- Melo, L. & Neto, F. (2003). Aspectos psicossociais dos idosos em meio rural: solidão, satisfação com a vida e locus de controlo. *Psicologia, Educação e Cultura*. III (1), pp.107-121.
- Ministério da Saúde (2005). *Resolução do Conselho de Ministros*. Lisboa, n.º 86/2005
- Minkler, M., (1985). Social Support and Health of the Elderly. In S. Cohen & S. L. Syme (.org.). *Social Support and Health*. London: Academic Press.
- Minuchin, S. (1982). *Famílias: funcionamento & tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Morais, E. (2007). Envelhecimento no meio rural: condições de vida, saúde e apoio dos idosos mais velhos de Encruzilhada do Sul. Tese de doutoramento, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Morais, M. & Viana, M. (2003). (Re) Pensando as dinâmicas de intervenção em saúde. *Ordem dos Enfermeiros* (Nº10), Lisboa.
- Minuchin, S. (1982). *Famílias funcionamento & tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Neto, F. (2000). *Psicologia social* (Vol. II). Lisboa: Universidade Aberta.
- Oliveira, C.M. (2011). *O cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada: Individualizar a intervenção conciliando tensões*. Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa, Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos enfermeiros (2000). A cada família o seu enfermeiro. Vaughan-Cole e tal (1998). *Family nursing practice*. W.B. Saunders Company: Philadelphia.
- Organização Mundial de Saúde. (1987). *A carta de Ottawa - um novo conceito: a promoção da saúde*. Boletim de Saúde Panamericana.
- Organização Mundial de Saúde. (1985). *As metas de saúde para todos: metas da estratégia regional europeia da saúde para todos*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Paúl, C. (2005). A Construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paul & A. Fonseca, edit. *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi.
- Paúl, M. (1997). *Lá para o fim da vida: idoso, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Paúl, C. (1993). Avaliação do estado funcional do idoso. *Geriatrics* (6), pp.21-26.

- Paúl, M. (1991). *Percursos pela velhice: Uma perspectiva ecológica em psicogerontologia*. Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
- Peplau, L. & Perlman, D. (1982). Perspectives of loneliness. In L. Peplau, & D. Perlman (eds.). *Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: Willey Interscience.
- Pimentel, L. (2001). *O Lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto Ed.
- Py, L. (1996). *Testemunhas Vivas da História*. Rio de Janeiro: Ecn.
- Reis, J. (2005). *O que é a saúde? Significações pessoais, modelos científicos e educação para a saúde*. Lisboa: Vega.
- Reis, J. (1996). O Envelhecimento. *Geriatrics* (Nº 83), Março, Ano IX.
- Relvas, A. (1996). *O ciclo vital da família. Perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Rocha, A.P. (2007). *O autoconceito dos idosos*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Rocha, A., Rodrigues, M., Coutinho, A. & Monteiro, C. (2002). Qualidade de vida no idoso: Área de abrangência do Centro de Saúde de Eiras. *Sinais vitais* (Nº 43), pp. 47-50.
- Rodrigues, R. (2007). *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização de serviços*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Rossell, N. Y., Herrera, R. R. & Rico, M. A. (2004). *Introducción a la psicogerontología*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Rowe, J. & Khan, R. (1998). *Successful ageing*. New York: DTP Health.
- Sakellarides, C. (2009). *Novo contrato social da saúde: Incluir as pessoas*. Porto: Diário de Bordo.
- Santos, S.; Santos, I.; Fernandes, M. & Henriques, M. (2002). Qualidade de vida do idoso na comunidade: Aplicação da escala de Flanagan. *Revista Latina Americana de Enfermagem* (10), pp.757-764.
- Sequeira, A. & Silva, M. N. (2002). *O bem-estar da pessoa idosa em meio rural*. *Análise Psicológica*, (3), 505-516.
- Silva, J. (2006). *Quando a vida chegar ao fim: expectativas do idoso hospitalizado e família*. Lisboa: Lusociência.
- Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Ambar.
- Sousa, G. & Feio, M. (1998). Avaliação psicossocial do idoso na casa de saúde de Santa Rosa de Lima. *Geriatrics* (11), pp.21-26.
- Soutelo, M. F. (1986). *Saúde anos 90, um desafio: o médico, o cidadão, a comunidade*. Lisboa: Publicações Ciência e Vida, Lda.
- Squire, A. (2005). *Saúde e bem-estar para Pessoas Idosas. Fundamentos básicos para a prática*. Loures: Lusociência.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Lisboa: Lusociência.

- Tones, K. (1998). *Promover a Saúde: a contribuição da educação*. Divisão de Educação para a Saúde da D.G.C.S.P. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ventura, T. (2010). *Tipologias familiares: caracterização e singularidades dos seus ciclos vitais*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova.
- Weiss, R.S. (1982) Issues in the study of loneliness. In L.A. Peplau & D. Perlman (eds.) *Loneliness: a sourcebook of current theory, research, y therapy*. New York: Wiley Interscience.
- Whitaker, D.C.A. (2007). *Envelhecimento e poder*. Campinas: Alínea.
- Woortmann & Woortmann (1999). Velhos Camponeses. *Humanidade*. Terceira idade (nº 46). Brasília, pp.132-139.
- World Health Organization (2012). *Good health adds life to years- global brief for Wold Health Day 2012*. Acedido a 14 de abril de 2012, em http://www.who.in/about/licensing/copyright_form/en/index.html.
- Zimmermam, G. (2000). *Velhice aspectos Biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed.

ANEXO 1

Autorização da comissão de ética da ULSAM

Bom dia

Informo que, por despacho de 15/05/2012 da Enfª Directora desta ULSAM,EPE (anexo), a Comissão de Ética deu **parecer positivo** à realização de um estudo, sendo a investigadora **Joana Emanuela Araújo Fernandes** cujo tema é “**A solidão nos Idosos numa comunidade rural – implicações para uma velhice bem-sucedida**”.

O período de recolha de dados será no período de Abril e Junho de 2012 a realizar junto de idosos a viver no domicílio, da área de influencia do Centro de Saúde de Monção .

Com os melhores cumprimentos

Elsa Laranjo

Assistente Técnica - Serviço de Formação

E-mail: elsa.laranjo@ulsam.min-saude.pt

Tel: 258 802 316 Fax: 258 802 498

UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO ALTO MINHO, EPE

APÊNDICE 1

Guião da entrevista semi- estruturada

GUIÃO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA AOS IDOSOS

1. Sente-se velho (a)?
2. O que é para si envelhecer/velhice?
3. Sentiu/notou alguma alteração na sua vida a partir do momento em que começou a envelhecer? Ou em que se reformou?
4. Como se relaciona com a sua família?
5. Esta relação tem contribuído para o seu bem-estar?
6. O que é para si solidão?
7. Em algum momento da sua vida sentiu /sente solidão?
8. Quais as razões que poderão ter levado a este sentimento de solidão?
9. Em que medida é que essa solidão transtornou a sua vida?
10. Recorre a algumas estratégias para evitar/minimizar a solidão? Se sim indique-me quais?
11. Qual a maior dificuldade que tem sentido nesta etapa da sua vida?
12. O que ajudaria a minimizar a sua solidão para viver/sentir-se melhor?
13. O que gostaria de poder fazer mais na sua vida? O que sente que lhe falta fazer?
14. Que sugestões deixa para outras pessoas na mesma situação que o (a) Senhor(a)?

APÊNDICE 2

Pedido de autorização à comissão de ética da ULSAM

Exmo. Sr. Diretor do Agrupamento dos Centros de Saúde de Viana do Castelo

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo

Eu, Joana Emanuela Araújo Fernandes, Enfermeira, aluna do I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária, pretendendo dar resposta à realização de trabalho de investigação sob a orientação da Professora Doutora Manuela Cerqueira e Co orientado pela Professora Mestre Cândida Cracel, relacionado com o tema “*A solidão nos idosos numa comunidade rural – Implicações para uma velhice bem-sucedida*”, cujo objetivo é perceber as implicações da solidão nos idosos para potencializar uma velhice bem-sucedida.

Pretende-se proceder à colheita de dados, através de entrevista semi-estruturada, no período compreendido entre Abril e Julho de 2012, junto de idosos a viver no domicílio, da área de influência do Centro de Saúde de Monção.

Assegura-se que só serão incluídas idosos a viver no domicílio, que se disponibilizem a participar no estudo, após consentimento informado e esclarecido, que as questões éticas serão salvaguardadas, que não haverá prejuízo do normal funcionamento dos serviços, e que os resultados do estudo serão disponibilizados à instituição, logo que os solicite.

Assim, solicito que seja pedida autorização para realização do estudo supracitado.

Atenciosamente

A investigadora

Joana Emanuela Araújo Fernandes

A orientadora

Maria Manuela Amorim Cerqueira

Viana do Castelo, 19 de Abril de 2012

APÊNDICE 3

Declaração de consentimento informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

***Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e
Edimburgo 2000)***

Designação do Estudo:

**A solidão nos idosos numa comunidade rural
– Implicações para uma velhice bem sucedida**

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) _____
_____, compreendi a explicação que me foi
fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei
incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive
resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a
informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios
previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o
direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito
qualquer prejuízo para a minha pessoa.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método proposto pela investigadora.

Data: ____ / ____ / 20__

Assinatura do participante: _____

A Investigadora responsável:

Nome: Joana Emanuela Araújo Fernandes

Assinatura:

APÊNDICE 4

Entrevista transcrita

Nome: A B O

Dn: 18/ 03/ 1941 – 71 anos

Estado civil: casada

Escolaridade: 5º ano + 2 anos de magistério

Antiga profissão: professora – ensino básico

Tem família? Tem muita, quatro filhos, nove netos

Com quem vive: marido

Filhos que morem perto: aproximadamente 1 km de distância ao filho

Convivência com familiares: sim, tem boa relação

1- A senhora sente-se velha?

R- Não. Não sinto porque eu sou muito ativa. Tenho nove netos e muitas vezes eles juntam-se todos aqui em casa, principalmente quando há festas, aniversários, no natal e assim. Juntam-se todos aqui. E é uma família enorme. É muito grande. E nessa época em sinto-me nos píncaros, sinto-me muito abaixo da idade que tenho. E durante a semana é assim, eu levanto-me muito cedo, porque tenho que preparar o pequeno-almoço para o meu marido, e durante o dia eu cuido da minha casa, da minha roupa, dos meus animais, das minhas flores e muitas vezes dou apoio aos meus netos, a esses que vivem, muitas vezes dou apoio, porque os pais têm reuniões, porque são professores e às vezes os miúdos saem da escola e ainda os pais estão ocupados e eu tomo conta das crianças. Portanto eu tenho uma vida muito ativa. Se me sentisse velha eu não podia fazer essas coisas. E é assim, pra mim o importante é o trabalho, porque o trabalho entretém a pessoa, torna-a útil e gosto, gosto de trabalhar. Gosto de trabalhar e gosto de fazer coisas. E além desse trabalho que tenho, familiar, da casa, das compras, dou catequese também. Já andei também na universidade sénior, mas não tinha horário pra tanta coisa e interrompi.

2- O que é para si envelhecer?

R- A minha perceção de envelhecimento é a pessoa tornar-se dependente, a pessoa não ser capaz de cuidar de si própria, não ser capaz de sair à rua sozinha, não ser capaz de tratar da sua higiene, isso é que é envelhecer, pra mim.

3- Sentiu ou notou alguma alteração a partir do momento em que se reformou ou a partir do momento em que começou a envelhecer?

R- Reformei-me com 53 anos e mudou alguma coisa porque é assim, eu deixei de ter aqueles horários rígidos pra cumprir. E durante muito tempo eu ia pra escola ajudar, dar apoio, depois da reforma e depois fui deixando a pouco e pouco. E depois tinha um netinho que nasceu, a mãe trabalhava, saía de manha e só vinha à noite e eu ia pra casa do meu filho tomar conta do netinho e tomar conta da família, dos outros meninos e do pai. Tomava conta do bebe, cozinhavas-lhe, fazia a limpeza da casa e passava lá o dia e só vinha embora à noite. Portanto eu não deixei assim de repente, deixei lentamente, a pouco e pouco, assim não me custou

tanto. Custou-me um bocadinho deixar as crianças, porque foram muitos anos a lidar com as crianças.

4- Tem um bom relacionamento com a sua família?

R- Tenho, graças a deus.

5- Esta relação que tem com a sua família tem contribuído para o seu bem estar?

R- Muito, muito, mas muito. Eu sentia-me só, porque é assim, eu faço ainda algumas coisas pela família e se não tivesse família eu estava reduzida a mim e ao meu marido. Só os dois. Mas como graças a deus tenho uma família grande eu dedico-lhes tempo a eles também. Sem família é evidente que sentiria solidão, é evidente.

6- Em algum momento da sua vida já sentiu solidão?

R- Já. Sabe quando? Quando durmo mal de noite. Quando tenho noites que durmo mal, eu penso em tanta coisa. Penso no passado, penso no futuro, penso em tanta coisa e incomoda-me. E ponho-me a pensar como é que será o meu fim. Como é que eu irei acabar, como é que serão os meus dias e peço a deus que me dê uma morte rápida, que não me deixe aqui a sofrer nem a ser dependente de ninguém. Porque o ser dependente é muito mal pro velhinho mas também pra quem vê aquela pessoa a desaparecer a pouco e pouco, a morrer lentamente. E isso é que me faz solidão, faz-me tristeza. É principalmente nas noites que durmo mal. Porque durante o dia não. Durante o dia eu tenho muita energia, durante a noite é que isso me custa. Recordações do passado e medo do que está pra vir. Tenho medo do futuro. Não economicamente, mas na questão de envelhecer, estar doente e dependente e essas coisas.

7- O que é para si solidão?

R- A solidão é a falta de alguém que nos sabe ouvir, que nos ajuda, que nos dá atenção, que fala connosco, que ouve as nossas queixas, as nossas dificuldades, pra mim é isso. A solidão é uma pessoa estar só e não ter com quem desabafar, não ter com quem falar... ter assim momentos de fazer um jogo, de fazer um trabalho manual, de fazer um bordado, uma renda ou assim, estar sozinha com os seus pensamentos, isso é solidão estar sozinha com os seus pensamentos, sem ter ninguém com quem possa falar, ou partilhar qualquer coisa.

8- A senhora como me disse está sozinha e não sente solidão? Como faz?

R- Pois tou. Olhe vou lá pra fora pro quintal, trato das flores, trato dos animais, arranco ervas, quando vejo que não estou bem levanto-me, vou por aí fora e vou às compras, ao café não vou, não gosto de ir, falo com as vizinhas. É assim.

9- Qual é a maior dificuldade que tem sentido nesta etapa da sua vida?

R- Muito esquecida. Quero dizer o nome das coisas e não me sai. Dali a um bocadinho já digo, mas na hora não me sai. Tenho muito boa memória visual, agora tenho muita falta de memória, isso tenho. Esquece-me o nome das coisas e quero dizer o nome e não me sai e arrelio-me

tanto porque não me consegue vir à cabeça o nome das coisas. E oiço um bocadinho mal. É a única dificuldade que sinto, mais nenhuma.

10- Sente que lhe falta fazer algo na sua vida? Alguma coisa que ainda não tenha feito e que gostava de fazer?

R- Ai falta, falta tanto. Falta fazer muita coisa. Há muita coisa pra fazer e eu às vezes penso que já não tenho tempo pra fazer aquilo que eu gostaria de fazer. Olhe por exemplo, gosto muito de ajudar crianças que estão em dificuldades, crianças mal amadas, crianças que precisavam de amor e aqui não há nada. Eu gostava que houvesse assim uma instituição pra eu poder fazer voluntariado e ajudar aquelas crianças e dar-lhes amor, porque há tantas que não tem.

11- Que sugestões deixaria para outras pessoas que estejam numa situação de solidão e que gostasse de as ajudar?

R- Eu tenho ali um casal vizinho que eles isolam-se muito e eu de vez em quando vou lá, levo-lhes um miminho e eles gostam, mas eu sinto-me um pouco acanhada por entrar no ambiente deles, porque acho que eles se sentem muito retraídos.

O fato de sair um bocadinho, ter umas florzinhas, um jardimzinho, alguém com quem conversar ajuda muito a não sofrer de solidão. E a conviver com a família e isso ajuda.